

I LECCIONES EN ACTUALIZACIÓN URGENCIAS Y EMERGENCIAS



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

I Lecciones en Actualización Urgencias y Emergencias



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

I Lecciones en Actualización Urgencias y Emergencias

Fecha de publicación: 24 enero 2023

1º Edición

© Ciencia Sanitaria, 2020

© De los textos: sus autores

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

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

ISBN: 978-84-19560-17-9

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	ENFERMERIA Y SU ALTERNATIVA EN ACCESOS VASCULARES PERIFÉRICOS LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA, VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO, ANWAR MARTINEZ MOHAMED, JORGE APARICIO CABAÑAS Y CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA	3
2	ATENCIÓN DE LA ENFERMERÍA A PACIENTES CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA, VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO, ANWAR MARTINEZ MOHAMED, JORGE APARICIO CABAÑAS Y CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA	7
3	ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR TIPO I JORGE SERRANO MARTÍN, ROBERTO SERRANO MARTÍN Y MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN	11
4	ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE EL CÁNCER DE MAMA JORGE SERRANO MARTÍN, MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN Y ROBERTO SERRANO MARTÍN	15
5	ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN, ROBERTO SERRANO MARTÍN Y JORGE SERRANO MARTÍN	19

6	ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN, JORGE SERRANO MARTÍN Y ROBERTO SERRANO MARTÍN	23
7	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON CRISIS ASMÁTICA MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ Y JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO	27
8	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO Y MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ	31
9	ENFERMERÍA ANTE LA SALUD RESPIRATORIA Y CONTAMINACIÓN DELIA GONZÁLEZ PÉREZ, CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ, EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ, ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN Y NATALIA MARINE LOFVALL DURAND	35
10	REVISIÓN DEL TRASTORNO BIPOLAR POR ENFERMERÍA DELIA GONZÁLEZ PÉREZ, CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ, EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ, ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN Y NATALIA MARINE LOFVALL DURAND	39
11	REVISIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE ESQUIZOFRENIA POR ENFERMERÍA DELIA GONZÁLEZ PÉREZ, CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ, EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ, ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN Y NATALIA MARINE LOFVALL DURAND	43
12	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN POSTPARTO LAURA COMINO ROBLES, BEATRIZ HERAS CASTILLO, LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO, ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ Y MARÍA COMINO ROBLES	47

- 13 LOS CUIDADOS QUE IMPARTE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES
CON UN EDEMA AGUDO DE PULMÓN**
LAURA COMINO ROBLES, BEATRIZ HERAS CASTILLO, LOURDES
MARIA ÁLVAREZ BLANCO, ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ Y
MARÍA COMINO ROBLES 51
- 14 LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE UNIDADES DE CIRUGÍA
MAYOR AMBULATORIA**
LAURA COMINO ROBLES, BEATRIZ HERAS CASTILLO, LOURDES
MARIA ÁLVAREZ BLANCO, ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ Y
MARÍA COMINO ROBLES 55
- 15 ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA
EN HEMODIÁLISIS**
LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA, VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO,
ANWAR MARTINEZ MOHAMED, JORGE APARICIO CABAÑAS Y
CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA 59
- 16 LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES
DIABÉTICOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ, MÓNICA ROMÁN LUNA, SANDRA
PABLO VÁZQUEZ, MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y RITA EVA
GONZÁLEZ GALLEG0 63
- 17 PROTOCOLOS Y ACTUACIONES REFERENTES AL ASEO E
HIGIENE DEL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MÓNICA ROMÁN LUNA, TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ, SANDRA
PABLO VÁZQUEZ, MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y RITA EVA
GONZÁLEZ GALLEG0 69
- 18 INVESTIGACIÓN Y CUIDADOS EN INFLAMACIÓN INTESTINAL O
GASTROENTERITIS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERÍA**
SANDRA PABLO VÁZQUEZ, TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ,
MÓNICA ROMÁN LUNA, MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y RITA
EVA GONZÁLEZ GALLEG0 73

19	FUNCIONES DEL TCAE EN UCI PEDIATRICA ANGELA MARIA BOLADO TIZON Y ELIA FUNES RUIZ	77
20	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES Y SUS FUNCIONES EN URGENCIAS FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO, ANA EVA ORTIZ MARTINEZ, GEMA ORTEGA SÁNCHEZ, LAURA GARCIA NICOLAS Y ASCENSION DEL OLMO MARIN	81
21	LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA ASISTENCIA DEL PACIENTE Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO, ANA EVA ORTIZ MARTINEZ, ASCENSION DEL OLMO MARIN, GEMA ORTEGA SÁNCHEZ Y LAURA GARCIA NICOLAS	85
22	EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS ENEMAS FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO, ANA EVA ORTIZ MARTINEZ, ASCENSION DEL OLMO MARIN, GEMA ORTEGA SÁNCHEZ Y LAURA GARCIA NICOLAS	89
23	EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA ACTUACIÓN ANTE LOS PACIENTES POST MORTEM MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO, ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA, JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO, ULPIANA PINAR PINAR Y MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA	93
24	EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO, ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA, JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO, ULPIANA PINAR PINAR Y MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA	97

25	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA FRENTE A UN PARTO MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO, ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA, JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO, ULPIANA PINAR PINAR Y MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA	101
26	ERGONOMÍA PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO, BEATRIZ COLLADO RUIZ, VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS, CELIA CALERO MATAS Y GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA	105
27	EL VÓMITO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO, BEATRIZ COLLADO RUIZ, VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS, CELIA CALERO MATAS Y GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA	111
28	EL PIE DIABÉTICO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO, BEATRIZ COLLADO RUIZ, VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS, CELIA CALERO MATAS Y GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA	115
29	ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EN LA SALA DE REANIMACIÓN ELENA GARCIA FERNANDEZ DE MARCOS	119
30	PERSONAS MAYORES Y LEY DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA IRENE PONZ MARTÍNEZ	123
31	ATENCIÓN FARMACÉUTICA UNA URGENCIA SANITARIA TAMAR BLANCA SERRANO	127
32	RADIOGRAFÍA DEL CODO EN URGENCIAS JAIME MANRIQUE DIAZ RUBIERA	131

33 REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP)	
CARLOTA ÁLVAREZ CARBAJAL	135
34 EL CELADOR Y LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO	
MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON, MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN, LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO, ÁNGEL NOTARIO GARRIDO Y MARIA ISABEL MADRIGAL COBO	139
35 EL CELADOR DE PLANTA Y SUS PRINCIPALES FUNCIONES	
MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON, MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN, LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO, ÁNGEL NOTARIO GARRIDO Y MARIA ISABEL MADRIGAL COBO	143
36 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	
MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON, MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN, LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO, ÁNGEL NOTARIO GARRIDO Y MARIA ISABEL MADRIGAL COBO	147
37 EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN CON LOS PACIENTES PARAPLÉJICOS	
CARMEN PALACIOS SALINAS, MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS, JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON, CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ Y MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA	151
38 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REPROGRAFÍA Y REPARTO DE CORREO	
CARMEN PALACIOS SALINAS, MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS, JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON, CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ Y MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA	155
39 ACTUACIÓN DEL PERSONAL ELECTRICISTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS ANTE ACCIDENTES Y OTRAS INCIDENCIAS PELIGROSAS	
CARLOS LÓPEZ MUÑOZ, FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO, PEDRO JOSE CORTES MOLINA, RUBÉN CAVA Y EDUARDO GARCIA DONATE	159

40 LA IMPORTANCIA DE LOS ELECTRICISTAS EN LOS CENTROS SANITARIOS	
CARLOS LÓPEZ MUÑOZ, FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO, PEDRO JOSE CORTES MOLINA, RUBÉN CAVA Y EDUARDO GARCIA DONATE	165
41 APLICACIÓN A LOS SERVICIOS GENERALES DE LOS HOSPITALES POR EL PERSONAL ELECTRICISTA	
CARLOS LÓPEZ MUÑOZ, FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO, PEDRO JOSE CORTES MOLINA, RUBÉN CAVA Y EDUARDO GARCIA DONATE	169
42 TÉCNICAS DE PLANCHADO POR EL PLANCHADOR/A EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS	
ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ, CORTES MARTINEZ TOLEDO, ANTONIA HENRY PULIDO, MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ Y MANUEL GALDÓN GARVÍ	175
43 EL PLANCHADOR/A DE LOS HOSPITALES Y LA ACTUACIÓN DE LAS FIBRAS TEXTILES FRENTE AL PLANCHADO	
ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ, CORTES MARTINEZ TOLEDO, ANTONIA HENRY PULIDO, MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ Y MANUEL GALDÓN GARVÍ	179
44 EL PLANCHADOR/A DE HOSPITALES Y LAS DIFICULTADES QUE PUEDE PRESENTAR EL PROCESO EN LAS CALANDRAS	
ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ, CORTES MARTINEZ TOLEDO, ANTONIA HENRY PULIDO, MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ Y MANUEL GALDÓN GARVÍ	183
45 CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. TIPOS DE URGENCIAS	
GEMA VALENCIA MORENO, SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO, FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS, ENRIQUE DIAZ-TENDERO Y CATALINA VALENCIA MORENO	187

46 EL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS FAMILIARES DE UN ENFERMO HOSPITALIZADO	
GEMA VALENCIA MORENO, SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO, FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS, ENRIQUE DIAZ-TENDERO Y CATALINA VALENCIA MORENO	191
47 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL	
GEMA VALENCIA MORENO, SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO, FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS, ENRIQUE DIAZ-TENDERO Y CATALINA VALENCIA MORENO	195
48 LAS AGRESIONES VERBALES O FÍSICAS SOBRE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES	
PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT, NURIA GARCÍA DIAZ, PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO, MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ Y M. DOLORES CORRAL LOPEZ	199
49 COMPETENCIAS Y FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT, NURIA GARCÍA DIAZ, PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO, MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ Y M. DOLORES CORRAL LOPEZ	203
50 LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SISTEMA SANITARIO Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT, NURIA GARCÍA DIAZ, PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO, MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ Y M. DOLORES CORRAL LOPEZ	209
51 EL CELADOR Y SU TRABAJO EN LA SALA DE AUTOPSIAS	
CARMEN PALACIOS SALINAS, CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ, MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA, MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS Y JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON	217
52 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	
LORENA CONSOLACIÓN BERNAL SIERRA, MARGARITA LLEDO CARRASCO Y LUBNA MOHAMED MOHAMED AAKEL	221

Capítulo 1

ENFERMERIA Y SU ALTERNATIVA EN ACCESOS VASCULARES PERIFÉRICOS

LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA

VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO

ANWAR MARTINEZ MOHAMED

JORGE APARICIO CABAÑAS

CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA

1 Introducción

La utilización de accesos venosos, es uno de los procedimientos más frecuentes dentro de la práctica de la asistencia sanitaria por parte de enfermería. Durante un ingreso hospitalario, un paciente puede ser portador de varias vías venosas, y pueden necesitar de estas desde periodos de tiempo comprendidos desde unas horas hasta varias semanas.

Son indiscutibles los beneficios y ventajas de la utilización de los accesos venosos para la administración de tratamientos, medicaciones y soluciones terapéuticas, tanto en situaciones asistenciales médicas y quirúrgicas como también en prevención y en el tratamiento de cualquier uso de salud.

El uso de accesos venosos es un procedimiento invasivo con múltiples usos y beneficios que no está exento de dolor e incomodidad, ni tampoco lo está de potenciales complicaciones. El acceso venoso es una puerta de entrada de microorganismos al torrente sanguíneo evitando la barrera cutánea, provocando

complicaciones desde leves y localizadas como la flebitis a complicaciones más graves y sistémicas como el embolismo.

En los últimos años, ha surgido el uso de los llamados catéteres de línea media o midline; se trata de catéteres de entre 8 y 25 cm de longitud, de inserción periférica a través de los vasos de brazo, antero cubital, situando la punta del catéter en el paquete vascular debajo de la axila, quedando a media distancia entre una localización periférica y una localización central.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir las características de los catéteres de línea media.

Objetivos secundarios:

- Conocer los beneficios de su uso.
- Utilizar como opción alternativa ante la dificultad de accesos venosos periféricos en tratamientos prolongados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros relacionados con la temática y también se han consultado artículos en bases de datos principales, tales como: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dentro de la práctica clínica actual, se tienen presentes tanto el bienestar del paciente como los costes de los tratamientos más asequibles en cada caso. Se busca que la terapia intravenosa necesaria para resolver los problemas del paciente, tenga las menores complicaciones y riesgos posibles. De esta manera, el uso de los catéteres de línea media resurge como alternativa para evitar los problemas secundarios derivados de la utilización de un catéter venoso periférico como puede ser la flebitis, así como de los catéteres venosos centrales y de los PICC (catéter venoso central de inserción periférica), que tampoco están exentos de complicaciones más graves como la bacteriemia, además de ser de elevado coste para tratamientos de corta duración.

En los años 80 ya fueron muy utilizados estos catéteres de línea media o midline. Hoy en día, donde la evidencia científica prima, y donde son puntos importantes las necesidades clínicas, eficiencia y coste de la práctica, vuelven a resurgir en su uso.

Los catéteres de línea media son catéteres de inserción periférica, con una técnica poco invasiva, evitando complicaciones tempranas y evitando las punciones repetidas que pueden ser necesarias en el caso de los catéteres cortos. Alcanzan venas de calibres y diámetro importantes, ya que su inserción se hace en el brazo, y no en el antebrazo, como en el caso de los catéteres cortos.

Su colocación es generalmente en la vena basilica o cefálica, dejando su extremo distal alojado en el paquete vascular debajo de la axila. Para su implantación se cuenta con la técnica Seldinger, bien sea la clásica o la modificada, según se use dilatador o no y bajo punción ecográfica. Al no ser catéteres centrales, no precisan de radiografía de tórax que confirme su colocación.

Estos catéteres están fabricados con materiales de alta biocompatibilidad, conllevando así un menor riesgo de lesión de la pared íntima de la vena y además de una alta resistencia química, haciendo que los fármacos no los debiliten. A través de ellos se pueden administrar soluciones con un pH entre 5 y 9 y con una osmolaridad no superior a 500 mOsm. Son apropiados para los tratamientos que se administran generalmente por catéter periférico corto.

Su uso está indicado en terapias intravenosas que duren entre 6 días y 4 semanas, utilizando así un solo catéter para todo el tratamiento, reduciendo punciones al paciente y preservando la red venosa.

Los catéteres de línea media o midline son recomendados por las guías internacionales como una buena alternativa basada en la evidencia para terapias intravenosas no hiperosmolares, con un pH entre 5 y 9 y para una duración superior a 6 días.

5 Discusión-Conclusión

Para alcanzar la calidad en los cuidados, se buscan alternativas en la terapia intravenosa que satisfaga las necesidades del paciente, así como la reducción de los costes de su tratamiento. Para ello y basándonos en la evidencia científica, encontramos los catéteres de línea media o midline, que ofrecen seguridad al paciente y al profesional de enfermería, permitiendo tratamientos más duraderos, con materiales de alta compatibilidad y que ofrecen menos infecciones; las líneas medias se han asociado con tasas más bajas de flebitis que los catéteres cortos periféricos y con menor tasa de infección que los catéteres venosos centrales.

Permiten la infusión de la prácticamente las mismas soluciones que un catéter corto periférico, pero son mucho más duraderos, hasta 4-6 semanas.

Por lo tanto, siempre que se use por profesionales de enfermería expertos y se le presten los cuidados adecuados, los catéteres de línea media se están convirtiendo en un medio seguro y eficiente tanto para la terapia continua como la intermitente.

6 Bibliografía

1. Montealegre Sanz, María, and M. Antonia Cubero Pérez. "Beneficios, complicaciones y mantenimiento de los catéteres Midline." *Metas enferm* (2018): 23-27.
2. Carrero Caballero, M. Carmen, María Montealegre Sanz, and M. Antonia Cubero Pérez. "Catéter venoso medial o midline (mvc)." *Rev. Rol enferm* (2014): 36-41.
3. Sanz, María Montealegre, and M.^a Antonia Cubero Pérez. "Beneficios, complicaciones y mantenimiento de los catéteres Midline." *Metas de enfermería* 21.4 (2018): 5.
4. Pittiruti, Mauro, and Giancarlo Scoppettuolo. "Manual GAVeCeLT sobre catéteres PICC y MIDLINE: Indicaciones, inserción, mantenimiento y gestión." Edra, 2017.
5. Hipólito Gragera, Lourdes. "Accesos vasculares: tipos, criterios de inserción y factores de riesgo de los pacientes en su manejo." (2021).
6. Udina, Maria Eulalia Juvé, et al. "Mantenimiento de catéteres venosos periféricos durante más de 4 días. En busca de la mejor evidencia." *Enfermería clínica* 13.4 (2003): 208-216.
7. Valera Pineda, Alejandro. Factores relacionados con la bacteriemia en pacientes portadores de catéter venoso periférico. Revisión bibliográfica. BS thesis. 2021.

Capítulo 2

ATENCIÓN DE LA ENFERMERÍA A PACIENTES CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA

VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO

ANWAR MARTINEZ MOHAMED

JORGE APARICIO CABAÑAS

CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA

1 Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad crónica y curable en la que el virus está suprimido en la mayoría de los pacientes y cuya esperanza de vida es comparable a la de la población general con VIH. VIH significa virus de la inmunodeficiencia humana. Interfiere con el sistema inmunitario al destruir tipos de glóbulos blancos que ayudan al cuerpo a combatir infecciones. Esto lo pone en riesgo de infecciones graves y ciertos tipos de cáncer. El VIH se puede propagar de varias maneras:

1. Relaciones sexuales sin protección con una persona infectada por el VIH. Este es el tipo de distribución más común. descongelado. Proporcionar agujas para el uso de la tela. 3. Cuando se exponen a la sangre de una persona infectada por el VIH. 4 Transmitida de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Las personas con mayor riesgo de infección por el VIH incluyen: Personas con otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). es el

Las ETS aumentan el riesgo de contraer o transmitir el VIH. descongelado. Personas que comparten agujas para inyectarse drogas. 3. Personas homosexuales y bisexuales, especialmente afroamericanos, hispanos o latinos. cuatro Las personas que tienen conductas sexuales de riesgo, por ejemplo, no usan condones.

2 Objetivos

- Conocer qué es el VIH y cómo se transmite.
- Identificar los principales factores de riesgo que desencadenan la enfermedad y sus síntomas.

3 Caso clínico

Vamos a exponer un caso clínico de un hombre que acude por un principio de una sospecha de bronquitis, por el que se encuentra muy mal y tiene que acudir al servicio médico, ya que estaba con bajadas de tensión continuas y con flogedad absoluta. Un hombre de 32 años, casado y con dos hijos, desarrolló cuadros de tos y esputo blanco durante varias semanas, estaba débil, perdió aprox. 2 meses, ganó 3 kg, respirando durante esfuerzos moderados. Informó tener relaciones sexuales frecuentes sin protección con otros hombres. Fuma 20 cigarrillos al día, bebe alcohol los fines de semana y ocasionalmente inhala cocaína. No tiene otros antecedentes médicos de interés y no está recibiendo tratamiento estándar. Al examen físico presentaba temperatura normal salvo temperatura de 37,2°C y nódulos finos en la base de ambos pulmones. Su estado general era bueno con un examen abdominal normal y sin adenopatías palpables en los sitios palpables. análisis fundamental

(CSC, bioquímica y gases arteriales basales). El paciente ingresó en Medicina Interna y se tomó una muestra

El esputo de *Pneumocystis jirovecii* fue positivo, por lo que se inició tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol durante 21 días. Al mes y medio del ingreso su estado mejoró ya los 4 meses fue dado de alta al policlínico para un nuevo examen, acudió al médico a la semana del análisis de sangre. Después de 4 meses de uso, el paciente acudió a consulta donde le dieron los resultados y le dijeron que estaban estables. Después de la consulta se debe reservar otra cita pero esta vez por 6 meses debido a la evolución y buena respuesta al tratamiento.

Que gracias a los avances se puede determinar el nivel de vida de las personas con este virus y con una vida totalmente normal

4 Discusión-Conclusión

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un problema de salud pública no solo por las múltiples vías de transmisión (sexo, chu sinh, por inyección) sino que también provoca signos de infección tanto en adultos como en recién nacidos, independientemente de su sexualidad, clase social o cultural. , pero este caso es thigmat, desde que se registra su primer indicio de que solo se trata de un comportamiento heterosexual, ha habido un crecimiento en los últimos años. El virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA) es un problema de salud pública que afecta tanto a hombres como a mujeres, pero también afecta a personas y pinos de escasos recursos económicos.

Las malas noticias sobre virus y el acceso limitado a la atención médica, si es que hay alguno, no son algo que las organizaciones de salud pública puedan elegir.

5 Bibliografía

1. Acerca del VIH/SIDA | Información básica | VIH/SIDA | CDC [Internet]. Cdc.gov. 2021. <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>.
2. Virus de la inmunodeficiencia humana - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. Es.wikipedia.org. https://es.wikipedia.org/wiki/Virus_de_la_inmunodeficiencia_humana.
3. Información sobre el VIH y el SIDA | Síntomas, prevención y tratamiento I Planned Parenthood [Internet]. Plannedparenthood.org. <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedadesdetransmision-sexual-ets/vih-sida>.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Ciudadanos - Enfermedades Transmisibles - SIDA [Internet]. Mscbs.gob.es. <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/queesSidaVih.htm>.

Capítulo 3

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR TIPO I

JORGE SERRANO MARTÍN

ROBERTO SERRANO MARTÍN

MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN

1 Introducción

El trastorno bipolar es considerado una patología dentro de un grupo heterogéneo dentro de las alteraciones del estado del ánimo conteniendo un sufrimiento subjetivo. Los resultados de los estudios que ha realizado la Organización Mundial de la Salud refiriendo las distintas morbilidad con distintas patologías, nos revelan que este trastorno ocupa el quinto lugar en el ranking mundial entre todos los trastornos médicos constituyendo una de las psicopatologías que son comunes y se considera grave y con más persistencia. Tiene un impacto bastante fuerte en la función que desempeña el paciente en un nivel laboral, social y se considera una patología que desempeña de forma principal una incapacidad laboral.

En la clasificación que realiza del trastorno bipolar se realizan tres tipos, el tipo I tiene una presentación por la aparición de un único episodio de manía o de hipomanía que se tiene que caracterizar por tener personalidad extremas de manía y

depresión y que se mantiene esta en el tiempo más o menos prolongado. Ninguno de los dos extremos tiene un baremo que es lo suficientemente significativo para hospitalizar al paciente pero si la ocurrencia de los distintos episodios de manía por lo que resulta necesario la necesidad de un tratamiento mixto para estos tipos de pacientes.

Cuando los episodios se repiten, el trastorno bipolar pasa a llamarse de tipo II y el tratamiento tiene otra magnitud. Hay otro tipo de trastorno bipolar denominado no identificado cuando se mantienen los periodos extremos de humor pero no se han producido episodios de manía alguno.

2 Objetivos

Describir un caso clínico de trastorno bipolar tipo I por un equipo de enfermeros para su mayor comprensión por estos profesionales

3 Caso clínico

José Manuel acude a la consulta del psiquiatra con su madre, tiene 37 años, en la entrevista clínica los dos están de acuerdo en que tiene una personalidad de un lado a otro, pero que esa es su forma de ser. Tiene épocas en la que está triste y no hace prácticamente nada, tiene una explotación ganadera heredada de la familia y no necesita mucho durante largos periodos por lo que mantiene bien el ganado, pero según mantiene la madre se levanta un día con las pilas cargadas y reforma la nave, limpia las fincas, compra ganado, hace buenas inversiones y tiene una vida social intensa, duerme poco y tiene grandes proyectos. Esto se mantiene en el tiempo aproximadamente unos tres o cuatro meses y otro día se levanta y vuelve al estado anterior, hace lo justo en el trabajo y porque dice que tiene ganado y tiene que comer y beber que si no fuera así, ni se molestaba en ir, no sale y se pasa el día viendo la tele o malgastando el tiempo.

Hasta ahora este tipo de forma de ser había sido normal pero el otro día al entrar en la cocina, su madre encontró a José Manuel debajo de la mesa llorando diciendo que le había llamado Dios para salvar el mundo y que no iba a ser capaz y que todos los demonios venían en busca suya y que lo querían matar, entre varios familiares consiguieron calmarlo y de tanto llorar se quedó dormido. A la mañana siguiente se levantó y no recordaba nada de lo que había ocurrido el día anterior, al contárselo no se lo podía creer y seguía sin recordar por eso ha decidido acudir con su madre a la consulta del psiquiatra por recomendación de

su médico del centro de salud. Se le ha diagnosticado un trastorno bipolar de tipo I y se le pone en tratamiento de inmediato con buenos resultados.

4 Discusión-Conclusión

El trastorno Bipolar tipo I tiene la recomendación de un tratamiento combinado de terapia farmacológico con inhibidores de GABA y al mismo tiempo con terapia cognitivo conductual. Si el paciente sigue la terapia individual y la terapia conjunta con la farmacología adecuada se puede llevar una vida adaptada a una vida diaria normalizada con la mínima aparición de los episodios de manía que es lo que se trata de evitar con la farmacología, esta suele ir acompañada de un aura que es lo único que recuerda el paciente que es lo que se trata en las sesiones individuales para poder controlar ese síntoma y poder así llevar los posteriores antes de que aparezca la manía por completo.

5 Bibliografía

1. Martínez HO, Montalván MO, Betancourt IY. Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. Rev Méd Electrón. 2019;41(2):467-482.

Capítulo 4

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE EL CÁNCER DE MAMA

JORGE SERRANO MARTÍN

MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN

ROBERTO SERRANO MARTÍN

1 Introducción

El cáncer de mama es una patología bastante heterogénea que tiene una progresiva acumulación de distintas progresiones genéticas, en la actualidad se han encontrado hasta la mitad de los factores de riesgo que pueden causar cáncer de mama y teniendo aún la otra mitad sin identificar.

Tiene una incidencia que va en aumento hasta la edad de la menopausia en la cual disminuye progresivamente el porcentaje a valores mínimos lo que se demuestra que la actividad ovárica es un papel importante a tener en cuenta en la etiología. Un 20% de los casos se puede considerar de origen familiar y otro 10% se origina por mutaciones genéticas, el resto se ha relacionado con la menarquia temprana y las hormonas reproductivas, una edad tardía en el primer embarazo y la aparición tardía de la menopausia, se asocia con la obesidad y el tratamiento hormonal sustitutivo.

Se producen varios tipos de tumores, pero el que se considera más invasivo es aquel que invade la membrana basal y se mete en el estroma mamario invadiendo

los vasos sanguíneos y los ganglios linfáticos regionales pudiendo a distancia producir metástasis.

En primeros estadios se puede producir a la resercción del ganglio centinela y los adyacentes y según el avance de la enfermedad se pueden producir sesiones de quimioterapia en función de las necesidades de la paciente.

2 Objetivos

Describir un caso clínico para exponer el diagnóstico de la enfermedad.

3 Caso clínico

Sara tiene 48 años tiene reglas regulares y en un análisis de rutina sus marcadores hormonales están dentro del rango de fertilidad normal para su edad, debido a la pandemia no ha acudido al screening que realiza cada dos años la seguridad social a las mujeres mayores de 45 años, en la ducha se ha notado un bulto y al día siguiente acude a su centro de salud, su médico de atención primaria dice que ante la vuelta a la normalidad quedan cuatro meses para la nueva citación para la mamografía y que la va a derivar al hospital para que la realicen una para descartar, se la cita a los cuatro días, la mamografía aprecia una masa que es complementada en la misma consulta con una ecografía apreciándose las dimensiones de una masa localizada en el plano posterior de la mama izquierda, se emplaza a la paciente a realizarla la recogida de muestra en una biopsia para analizar en la misma consulta, el resultado de la biopsia son células cancerígenas, se ingresa a la paciente en la planta de tocología para la resercción del nódulo centinela y de los ganglios adyacentes extrayéndose en quirófano un total de 46, tras la operación y la cura de la herida se emplaza a la paciente al oncólogo para el procedimiento de la realización de las sesiones de quimioterapia que constará de 12 sesiones cada 21 días tras análisis de marcadores y de sistema inmune que pueda soportar el tratamiento.

Cumpliendo la pauta completa se procede a dar el alta a la paciente del proceso procediendo a su revisión rutinaria cada tres, seis y anual hasta cumplir los tres años consecutivos para poder recibir el alta total del proceso.

4 Discusión-Conclusión

La recomendación del cáncer de mama tiene una recomendación en la realización de screening para su prevención, en la actualidad las comunidades autónomas marcan cuál es la edad de inicio de este screening, cada cuanto tiempo se realizan y cuál es la edad de finalización de las mismas. Entre los datos hemos hallado que la recomendación de Castilla la Mancha es la más amplia y la que podemos hacer extensiva como recomendación al resto de comunidades, esta empieza a los 45 años, de forma bianual hasta cumplir los 80 años, no obstante se recomienda que se acude al centro de primaria a realizar una exploración ante la aparición de cualquier bulto entre screening.

5 Bibliografía

Espinosa RM. Cáncer de mama . Revista Médica Sinergia. 2017;2(01):8-12.

Capítulo 5

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN

ROBERTO SERRANO MARTÍN

JORGE SERRANO MARTÍN

1 Introducción

ELA son las siglas de la enfermedad denominada Esclerolisis Lateral Amiotrófica, es una patología con carácter neurodegenerativo, con consecuencias nefastas para el enfermo y la familia. La etiología de esta enfermedad no se ha esclarecido hasta el momento, se manejan porcentajes cercanos al 10% con patrones hereditarios, la prevalencia en el mundo gira en torno a 5 casos por cada 100000 habitantes y tiene generalmente una edad de presentación en la quinta década en casos esporádicos y en la cuarta para los casos familiares, tiene cierta predilección entre el sexo masculino.

Esta enfermedad tiene manifestaciones clínicas de daños en las neuronas motoras, suele empezar por las extremidades, tanto en las inferiores como en las superiores, en algunos de los pacientes, también existe un deterioro cognitivo en la parte frontotemporal.

El diagnóstico que se realiza de esta enfermedad es clínico de forma fundamental basándose fundamentalmente en los estudios neurofisiológicos como el electromiograma, este ha sido un estudio que ha complementado la función del neurólogo en la exploración médica para el diagnóstico certero de esta enfermedad permitiendo mediante corriente directa al músculo devolver la conexión neuronal que este recibe y poder valorar realmente cuando el músculo puede realizar la función que recibe del cerebro.

2 Objetivos

Describir un caso clínico para exponer el diagnóstico de la enfermedad.

3 Caso clínico

Álvaro tiene 34 años, acude a la consulta del médico de atención primaria para realizar una consulta acompañado de su madre con la que vive porque dice que hace más de un mes que tiene problemas con una pierna que hay veces que no le responde, está un poco preocupado porque es mecánico y en alguna ocasión se ha visto en algún apuro porque la pierna no responde a lo que él quiere y se va para otro lado o se mueve sola o se queda quieta, la verdad que le ha ocurrido en seis o siete ocasiones, pero se está preocupando, refiere no haber tenido ningún golpe ni ningún hecho ha ocurrido que pueda ser consecuencia de esta acción. El médico del centro lo deriva a la consulta del neurólogo.

El neurólogo en la entrevista clínica advierte que el paciente también ha perdido algunas nociones cognitivas, decide realizarle un electromiograma y confirma un diagnóstico en los inicios de Esclerolís Lateral Amiotrófica.

Álvaro y su familia acuden a terapia cognitiva para alcanzar cuál será el avance de la enfermedad, reciben apoyo de la trabajadora social de la zona, así como de los servicios de salud, acude a un centro diariamente donde trata cognitivamente la memoria, hace ejercicios de psicomotricidad fina y psicomotricidad gruesa y se ejercita con coordinación de las extremidades superiores e inferiores al mismo tiempo que acude a terapia individual para valorar el deterioro cognitivo que progresivamente va teniendo.

Su familia de modo conjunto acude con otras familias a terapia en grupo para empatizar con otros casos y colaborar con los iguales y así ofrecer y poder obtener ayuda de distintos tipos para que la vida diaria sea más llevadera.

4 Discusión-Conclusión

La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad que conlleva un gran esfuerzo para el paciente y para la familia que lo rodea, en un principio supone un impacto inicial que se recomienda que se trate con ayuda psicológica, debe de tener acompañamiento psicológico durante todo el proceso para que se pueda comprender y llevar la enfermedad.

La familia es un pilar fundamental en el enfermo, estos enfermos se deterioran de forma progresiva y estos se convierten no solo en el apoyo es que sin ellos no podrían subsistir porque tienen que cubrir sus necesidades básicas incluso las más elementales para la supervivencia.

5 Bibliografía

Zapata-Zapata, C. H., Franco-Dáger, E., Solano-Atehortúa, J. M., & Ahunca-Velásquez, L. F. (2016). Esclerosis lateral amiotrófica: actualización. *Iatreia*, 29(2), 194-205.

Capítulo 6

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN

JORGE SERRANO MARTÍN

ROBERTO SERRANO MARTÍN

1 Introducción

El trastorno por esquizofrenia es una psicopatología que se caracteriza por pertenecer a un grupo de síntomas que varían, se incluye el delirio, las alucinaciones que se conocen como síntomas que son clásicos como la psicosis, la desorganización del pensamiento y síntomas que resultan con déficit en la función cerebral reduciendo las emociones, la motivación, el lenguaje, la función cognitiva, también tienen cambios en el tono muscular y la actividad como puede ser el síndrome de catatonía.

Los síntomas afectivos son bastante comunes, de forma particular la depresión acompaña a esta enfermedad, empieza cuando el individuo es un adolescente o cuando es un adulto joven, tiene a cronificarse en el tiempo y a acompañarse de la incapacidad. Cuenta con una prevalencia media de 0.4 por cada 10000 habitantes. En nuestro país no existen estudios patognomónicos de la esquizofrenia que se hayan realizado en el laboratorio, se realizan los diagnósticos fundamentalmente

de forma clínica por los psiquiatras, los tratamientos que existen en el mercado no son curativos, se basa en farmacología antipsicótica para la disminución del delirio y de las alucinaciones con poca efectividad de los síntomas negativos, este tipo de medicación presenta numerosos efectos secundarios que conlleva grandes dificultades en la vida diaria.

2 Objetivos

Describir un caso clínico para exponer el diagnóstico de la enfermedad.

3 Caso clínico

Fernando es un varón de 23 años, actualmente cursa la licenciatura de ingeniería electrónica en una universidad a 200 km de su domicilio. Sus padres acaban de recibir una llamada, Fernando lleva días sin acudir a clase y en el piso donde se aloja no saben nada de él, sus compañeros están fuera por Erasmus y se encuentra solo, los padres se desplazan al domicilio y lo encuentran debajo de la mesa de su cuarto rodeado de montones de bolas de papel de aluminio, en condiciones deplorables y con sus necesidades en un cubo, en un barreño tiene agua de donde se supone que está bebiendo y tiene dulces y cereales para comer debajo de la mesa. Fernando dice que le atacan los demonios del universo interestelar y que quieren acabar con él, que le están diciendo a voces que van a matarle y que la plata es su única salvación porque así intercepta las señales, los padres son incapaces de convencerles de que salga de debajo de la mesa y tienen que llamar a una ambulancia y tras sedación lo llevan a urgencia del hospital más cercano, tras permanecer ingresado en la planta de psiquiatría y tras exploración por parte del equipo de psiquiatría y tras varias pruebas de imagen neuronales y descartando cualquier enfermedad clínica se realiza un debut esquizofrénico. Fernando tras la incredulidad de los hechos relatados, no se acuerda de nada, solo tiene dolor de cabeza y su habla es desordenado, se le pauta farmacología para controlar las alucinaciones y acude regularmente a terapia junto con su familia para poder sobrellevar la enfermedad, se ve incapacitado para terminar sus estudios y se incapacita por la fuerte medicación que toma.

4 Discusión-Conclusión

La esquizofrenia una vez que debuta tiene dos vertientes opuestas, la medicación es muy beneficiosa, esta controla los síntomas de alucinaciones que posee el paciente tanto auditivas como visuales que pueden llegar a ser peligrosas para el paciente y para los que los rodean, este tipo de medicación antipsicótica tiene unos efectos secundarios bastante fuertes de deterioro cognitivo en el paciente, falta de memoria y necesita de mucho esfuerzo por parte del enfermo y de sus familiares para que se pueda tener un mínimo de calidad de vida diaria, en estos pacientes se hace necesario el control de la medicación por terceros y el acceso a determinados controles y las terapias.

5 Bibliografía

Alanen, Y. (2022). La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Fundación para la Investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid.

Capítulo 7

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON CRISIS ASMÁTICA

MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO

1 Introducción

El asma es una enfermedad que se caracteriza por una inflamación crónica de la vía aérea. En los episodios de crisis asmática, existe edema de la mucosa, broncoespasmo y tapones mucosos que tienden a obstruir las vías periféricas. Cuando un paciente está en plena crisis asmática presenta tos, dificultad para respirar, opresión en el pecho y silbancias. Una crisis asmática puede revertirse de forma espontánea o con medicación.

En la presencia del asma influyen varios factores, entre los que se encuentran factores congénitos o genéticos y factores adquiridos que influyen en el aumento de padecer la enfermedad.

El profesional de Enfermería se enfrenta frecuentemente en los servicios de urgencias, tanto hospitalarias como del centro de salud, a la atención de pacientes con crisis asmática, teniendo que seguir un protocolo de actuación estándar para que todos los cuidados necesarios estén cubiertos en este tipo de pacientes y queden perfectamente cubiertos, prestando una asistencia integral y de calidad.

Cuando un paciente con crisis asmática llega al servicio de urgencias, Enfermería debe realizar una valoración para clasificar la agudeza de la situación, realizando un control de los signos vitales y aportando tranquilidad al paciente y a su familia.

Aunque las pruebas complementarias no son determinantes del asma, ayudan a no pasar por alto otras patologías asociadas.

2 Objetivos

El objetivo fijado para esta revisión bibliográfica ha sido analizar las intervenciones de Enfermería ante un paciente con crisis asmática.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las crisis asmáticas requieren de una atención inmediata, puesto que si no se presta la atención adecuada puede llegar incluso a desencadenar la muerte. Por ello, el profesional de Enfermería debe tener muy claro las intervenciones que debe realizar, contribuyendo con ellas a que el episodio asmático cese y esté bajo control.

Dentro de las principales intervenciones que debe realizar el profesional de Enfermería ante un paciente con crisis asmática se encuentran:

- Administración de medicación.
- Administración de medicación inhalada: en el manejo de la oxigenoterapia, Enfermería debe tener en cuenta la edad del paciente para elegir de manera adecuada el tamaño de la mascarilla facial. Para administrar la oxigenoterapia se debe aportar además humidificación y calentamiento previo. Dentro de la medicación más habitual para administrar vía inhalatoria están los corticoides y los broncodilatadores, teniendo Enfermería que manejar con rapidez para aliviar los síntomas lo antes posible. La posición del paciente para recibir la oxigenoterapia será en una posición de sentado y respirando con normalidad.
- Realizar una monitorización respiratoria: control de las respiraciones, saturación de oxígeno y observar signos de dificultad respiratoria.
- Monitorizar el resto de las constantes.

- No realizar aspiración de secreciones ni fisioterapia respiratoria, puesto que ambos estímulos pueden desencadenar una nueva crisis asmática.
- Favorecer un ambiente tranquilo para disminuir el nivel de ansiedad del paciente.
- Mostrar una actitud de escucha y tranquilidad.
- Ofrecer educación sanitaria desde el mismo momento que comienza la atención al paciente con crisis asmática. Son de gran utilidad las guías de cuidados y las recomendaciones por escrito, las cuales pueden aclarar dudas sobre hábitos o factores que desencadenan las crisis asmáticas.
- Una vez cesada la crisis asmática y el paciente recupere su estado normal, realizar el informe de alta con los diagnósticos y cuidados de Enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Una crisis asmática es una situación de urgencia que requiere de una atención y actuación inmediata para evitar daños importantes como la muerte.

Es importante la existencia de protocolos para que Enfermería puede iniciar su atención lo antes posible de manera correcta y adecuada.

La educación sanitaria es una cuestión fundamental para evitar continuos ingresos del paciente por crisis asmática.

El diagnóstico de la enfermedad requiere de estudios y pruebas complementarias a largo plazo, no diagnosticando la enfermedad solo por la atención en el servicio de urgencias.

Enfermería debe contar con la correcta formación para brindar unos cuidados adecuados y de calidad ante los episodios de crisis asmática.

6 Bibliografía

1. Delgado Asto, A. H. (2020). Crisis asmática en el servicio de emergencia.
2. Huamani Huamani, D. (2020). Cuidados de enfermería en pacientes adultos con exacerbaciones de asma que ingresan al servicio de emergencia en un hospital nacional-2020.
3. Llanos Ortiz, E. M. (2019). Proceso de atención de enfermería aplicada a paciente adulta madura con crisis asmática, de un hospital público de Lambayeque-2019.

Capítulo 8

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER

JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO

MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El Alzheimer es un tipo de demencia que empeora con el tiempo, impidiendo que el individuo pueda realizar las actividades básicas de la vida diaria por el gran deterioro cognitivo que padece la persona sobre el pensamiento y la memoria, además de afectar también al comportamiento.

La sintomatología se va desarrollando muy lentamente en el tiempo, sin posibilidad de recuperar las funciones cognitivas perdidas.

La enfermedad tiene una serie de etapas, las cuales son: leve (etapa temprana), moderada (etapa intermedia) y grave (etapa tardía).

Existen una serie de señales de alerta que indican que una persona puede estar desarrollando la enfermedad, dentro de las cuales están: pérdida de memoria, desorientación en espacio y tiempo, dificultad para realizar tareas comunes, dificultad para resolver problemas, guardar cosas fuera de lugar, entre otras.

Es importante realizar prevención para ejercitar el cerebro y fortalecerlo frente a la incidencia de Alzheimer. Para ello, se pueden practicar ejercicios específicos como practicar actividades intelectuales (ajedrez, lectura, crucigramas, etc.) que contribuyan a tener la mente activa y a poner barreras a esta enfermedad.

El profesional de Enfermería debe saber qué actividades son beneficiosas en este tipo de pacientes, así como los cuidados que debe ofrecer para brindar una atención asistencial de calidad.

2 Objetivos

- Establecer la actuación de Enfermería en un paciente con Alzheimer.

3 Metodología

Se recopiló información a través del buscador Google Académico y tras realizar consultas en bases de datos científicas como Cuiden, Scopus y Cochrane. Las palabras clave utilizadas fueron: Alzheimer, enfermedad, cuidados, intervenciones, actuación, enfermería.

Las publicaciones científicas revisadas son las que se indican en la bibliografía.

4 Resultados

La actuación y el cuidado que debe prestar Enfermería a un paciente con Alzheimer debe tener en cuenta una serie de aspectos e intervenciones a desarrollar como:

- Identificarse ante el paciente, comunicando lo que eres, lo que haces y quienes son el resto de tus compañeros.
- Mostrar cercanía, ser empático y dar confianza.
- Mantener el contacto visual.
- Tanquilizar a través del tacto.
- Explicar al paciente las actividades que se le van a realizar empleando frases sencillas.
- Analizar el lenguaje corporal del paciente y entender el significado subconsciente del mismo.
- Analizar la expresión facial, la postura, etc.
- Identificar signos de dolor en el paciente.
- Proporcionar un ambiente tranquilo, coherente y rutinario.
- No reorientar más de una vez al paciente en cada encuentro con él para evitar la frustración.
- Realizar una valoración del paciente en busca de signos de depresión.
- Valorar los hábitos intestinales, siendo aconsejable llevarlo al baño todos los días a la misma hora.
- Estimular al paciente para que cuente historias pasadas y situaciones vividas.
- Escuchar al paciente e incluirlo en la conversación.
- Fomentar el ejercicio en el paciente.
- Enseñar técnicas de relajación.

- Evitar que el paciente duerma por el día y mantener una rutina horaria para irse a dormir por la noche.
- Involucrar a los familiares en el cuidado del paciente.
- Ayudar al paciente en la comida, aseo, etc., pero no suprirlo en caso de que el pueda realizarlo por si solo.
- Impartir educación sanitaria a la familia sobre las actividades que son beneficiosas para el paciente, así como las medidas que se pueden adoptar para intentar que el paciente recuerde las cosas y objetos como por ejemplo poner etiquetas con el nombre a las cosas, a las habitaciones, etc. También es conveniente que la familia realice una lista con las actividades diaria para que el paciente pueda recordarlas.
- Indicar a la familia que incluya al paciente en tareas cotidianas como poner y quitar la mesa, barrer, doblar ropa, etc.
- Indicar el uso de zapatos con suela antideslizante para evitar caídas.

5 Discusión-Conclusión

El Alzheimer es una enfermedad que avanza muy lentamente hasta llevar al individuo a un estado de total dependencia. Es una patología muy compleja que precisa de unos cuidados específicos que contribuyan a frenar la evolución de esta compleja enfermedad.

Enfermería es un profesional clave para tratar esta enfermedad, ofreciendo estrategias que contribuyan a que el paciente pueda desarrollar su vida cotidiana de la mejor manera y que pueda mantener su independencia el mayor tiempo posible.

Impartir educación sanitaria a la familia es fundamental para que los familiares contribuyan en que el paciente se mantenga independiente el máximo tiempo posible.

6 Bibliografía

- Blanco Rodríguez, S. (2015). Cuidados de Enfermería en el Alzheimer: Revisión bibliográfica.
- Camacho, A. L. F., & Coelho, M. J. (2009). Cuidados de enfermería al anciano enfermo de alzheimer (2003-2008). *Enfermería Global*, 8(3).
- Fajardo, U. V. S. (2015). Demencia de Alzheimer y cuidados de Enfermería. Monografía en línea] Cuba: Universidad Virtual de Salud de la Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo.

- González, R., Martín, C., Martín, M., González, M., García de Blas, F., & Riu, S. (2000). Enfermedad de Alzheimer. Clínica, tratamiento y rehabilitación.

Capítulo 9

ENFERMERÍA ANTE LA SALUD RESPIRATORIA Y CONTAMINACIÓN

DELIA GONZÁLEZ PÉREZ

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

NATALIA MARINE LOFVALL DURAND

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la contaminación del aire presenta un potencial en cuanto a riesgo medioambiental para la salud. A partir de la disminución de los niveles altos de contaminación del aire los países pueden minimizar la gran carga de morbilidad derivada como es el caso de los accidentes cerebrovasculares, cánceres de pulmón y neumopatías crónicas y agudas, entre ellas el asma. Cuánto más bajos sean los niveles de la contaminación del aire, pues mejor será la salud cardiovascular y la respiratoria de la población, tanto a corto como en el largo plazo.

Siempre ha existido una tipología de contaminación la cual es de origen natural y que es provocado por fenómenos naturales, como la descomposición de la materia orgánica entre otras por poner un ejemplo. Pero es a partir del gran descubrimiento del fuego por el hombre, cuando surge la contaminación atmosférica en sentido estricto que cobra gran importancia sobre todo a partir de la conocida

revolución industrial. Los procesos en los que se maneja la combustión son los que mayor contaminación originan.

Los agentes contaminantes pueden ser encasillados según su origen:

- Según su propia génesis:

Estos están presentes de una manera natural en el aire, por ejemplo, el carbono hace su presencia en el aire que se transforma mediante la combustión en dióxido de carbono, gas con relevantes efectos negativos sobre la salud y el medio ambiente, así como en el calentamiento global.

- Antropogénicos:

Causados por el humano. Por ejemplo, la industria.

Aquí nos encontramos con los principales contaminantes atmosféricos como son el dióxido de azufre y partículas originarias de la oxidación de combustibles fósiles son los principales agentes contaminantes tanto dentro como fuera de nuestro país, España. También otros contaminantes como el monóxido de carbono, el dióxido de nitrógeno y el ozono.

La acción de los hombres en diferentes procesos y en diversas actividades como las centrales térmicas, uso de las calefacciones, tráfico, incineración de residuos, entre muchos otros, provoca que estos disparen las emisiones de estos contaminantes perjudiciales para la salud y con efectos muy nocivos sobre el ser humano. La industrialización y globalización han aportado muchos avances, beneficios y comodidades evidentes, pero también no estamos exentos de los riesgos que ocasionan.

Está demostrado que la contaminación atmosférica, el cambio climático, el incremento del agujero de la capa de ozono, la contaminación de las aguas, exposición al ruido excesivo, exposición a agentes químicos y sustancias nocivas tienen un gran y grave riesgo e impacto en la salud provocando y acrecentando el riesgo de padecer ciertas patologías.

2 Objetivos

Analizar la importancia de los efectos nocivos que tiene la contaminación sobre la salud, en especial cómo afecta la contaminación ambiental a las personas con patologías respiratorias o susceptibles de padecerlas.

3 Metodología

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

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Esta búsqueda se ha centrado sobre todo en información relacionada con las patologías respiratorias a través de estudios realizados en España.

4 Resultados

La contaminación es una gran problemática en salud en los grandes núcleos urbanos, además de un significativo determinante en la salud, ya que de esta contaminación y del ambiente nocivo van a verse afectados el organismo y la salud general de todos los seres vivos, vamos a centrarnos en los resultados en las patologías respiratorias originadas por los agentes contaminantes.

Las principales patologías respiratorias que afectan a la población y han crecido o empeorado significativamente en los últimos tiempos son el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

- El asma y EPOC son dos patologías del sistema respiratorio que tienen en común la obstrucción del flujo aéreo. Mientras que por definición en el asma esta obstrucción es parcialmente reversible o incluso total no ocurre así con el EPOC donde esta obstrucción es crónica y muy poco reversible al paso del flujo aéreo.

Según un estudio ejecutado por La sociedad Española de Neumología y de Cirugía torácica (SEPAR) en diferentes centros escolares de diversas comunidades españolas, los contaminantes del aire incrementan el riesgo de soportar síntomas de asma y rinitis alérgicas en la edad escolar.

Además, según estudios verificados el incremento de una exposición a partículas y gases contaminantes es muy perjudicial y dañino especialmente para las personas con asma. Estar expuesto a la contaminación en los días en los que los niveles del aire y de partículas en suspensión y ozono están aumentados, realizar actividades en el exterior como correr en esos días puede incrementar la probabilidad de padecer una crisis asmática, además es perjudicial vivir en las proximidades de las autopistas donde se agranda la contaminación.

Es evidente que la contaminación va a afectar la salud no solo en casos de personas con asma, sino que el incremento de la contaminación va a estar estrechamente asociado con la pérdida de una función respiratoria y el aumento de la sintomatología en personas con EPOC.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos el gran aumento de la contaminación en nuestro planeta, debido a la industria, y a la modernización o avances humanos establece una relación con algunas patologías, principalmente respiratorias como puede ser el asma o EPOC. Aunque hay otros condicionantes que influyen en la aparición de estas patologías, es indiscutible que la contaminación es un condicionante de riesgo a tener en consideración en el empeoramiento de la sintomatología e incluso puede ser un condicionante determinante en su aparición.

El mismo incremento de la contaminación está estrechamente relacionado con la pérdida de función respiratoria y evidencias altas de la sintomatología en personas que ya padecen la enfermedad. La exposición a corto o largo plazo a agentes contaminantes provoca una disminución de la función pulmonar.

Según algunas investigaciones la contaminación ambiental puede agravar la EPOC y llegar a ser otra posible causa del asma.

6 Bibliografía

1. Vargas Marcos Francisco. La contaminación ambiental como factor determinante de la salud. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2005 Abr [citado 2022 Feb 02]; 79(2): 117-127. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000200001&lng=es.
2. Ballester Díez Ferran, Tenías José María, Pérez-Hoyos Santiago. Efectos de la contaminación atmosférica sobre la salud: una introducción. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1999 Mar [citado 2022 Feb 02]; 73(2): 109-121. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000200002&lng=es.
3. Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. Revista de Patología. Respiratoria. uvadoc.uva.es universidad de Valladolid. www.in-pacient.es.

Capítulo 10

REVISIÓN DEL TRASTORNO BIPOLAR POR ENFERMERÍA

DELIA GONZÁLEZ PÉREZ

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

NATALIA MARINE LOFVALL DURAND

1 Introducción

Hablaremos sobre un trastorno que afecta cada vez a más personas, sobre todo después de la pandemia y de todo el proceso que ha afectado tanto.

El trastorno bipolar se considera un trastorno crónico y es una forma recurrente caracterizada por una variedad de estados psicológicos patológicamente fluctuantes. Las diferentes etapas de la enfermedad incluyen diferentes tipos de episodios, como hipomanía, manía y depresión. Estos episodios interfieren significativamente en la rutina diaria y el entorno del paciente, impactando significativamente en la salud y la calidad de vida. Para los profesionales médicos, el diagnóstico de la enfermedad en etapa temprana es fundamental para permitir el tratamiento rápido de los pacientes, así como la gravedad de los síntomas y las complicaciones de la enfermedad. El trastorno bipolar es un conjunto diverso de enfermedades caracterizadas por trastornos extremos del estado de ánimo y angustia subjetiva. En un estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre la

prevalencia general de estas afecciones, esta variación ocupó el sexto lugar entre todos los trastornos médicos y uno de los trastornos mentales más comunes y más graves y persistentes. El trastorno bipolar es una de las enfermedades más incapacitantes debido a su impacto en el funcionamiento social y laboral causado por el trastorno.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es realizar una introducción sobre la patología concreta por un grupo de enfermería para adquirir unas nociones básicas.

3 Metodología

Como método para realizar esta revisión bibliográfica se ha utilizado como fuente para la búsqueda de información, consultas, libros de psiquiatría, clínica médica, y artículos y revistas publicadas en Internet, en un período comprendido entre los meses de enero a julio de 2022 en revistas como Pubmed, Scielo y en el manual de Diagnostico DSM-V.

4 Resultados

Vamos a hablar de un trastorno que lleva muchos años pero que realmente es algo "nuevo", ya que hasta hace poco era un tema tabú y declarado como locura por las personas que lo padecían y padecen. Gracias al avance de la medicina y de los equipos se puede declarar que eso no es así y que tiene solución. Después de la pandemia el número de personas afectadas por la bipolaridad se disparó bastante. El trastorno bipolar es actualmente uno de los temas más debatidos en la comunidad de psicología transnacional y es reconocido como un problema de salud global con consecuencias devastadoras. Soportar mucho sufrimiento por sí mismo y su familia.

Pensar en términos del espectro de la enfermedad amplía nuestro conocimiento de sus distintas formas de expresión, que son latentes, aparentes en los portadores y no reconocidas en otros sistemas. La definición de enfermedad clínica puede basarse en la investigación básica dirigida a los fundamentos genéticos y neurobiológicos de trastornos del estado de ánimo. Para los médicos e investigadores, estas extensiones se consideran uno de los mayores problemas a abordar para comprender si se trata de un paciente diagnosticado con trastorno bipolar. Este

trastorno se caracteriza por una evolución cíclica y un alto grado de polimorfismo. Entre ellos se encuentra un estado mental alterado, en el que se observan cambios en el nivel de energía, actividad, capacidad y fuerza requerida para realizar las actividades diarias. Pueden ocurrir episodios depresivos, maníacos e hipomaníacos, y estos síntomas pueden persistir entre episodios, pero el paciente puede sentirse bien por un tiempo, puede presentarse o no como síntomas atípicos o depresivos, que son mucho más frecuentes o característicos que los episodios maníacos, y consecuentemente afectar la vida del paciente y el ambiente que lo rodea.

5 Discusión-Conclusión

El trastorno bipolar pertenece a un grupo de desórdenes mentales que son crónicos y recurrentes, tienen un gran impacto a nivel social y familiar.

En las evidencias científicas en la psicología contemporánea, se ha demostrado que resulta una patología en la que se exige mucho interés en esta área de la investigación por un alto grado de la discapacidad que provoca. Existe un debate con relación a una exacta prevalencia y al correcto diagnóstico de un curso evolutivo. En ese sentido, los nuevos sistemas nosográficos que aúnan criterios entre los distintos profesionales de la salud con el fin de lograr y poder definir de una manera adecuada la entidad clínica, para poder realizar el diagnóstico precoz y oportuno.

6 Bibliografía

1. Belmaker R. Bipolar disorder [Internet]. N Engl J Med. 2022 [citado 23/04/2017]; 351:476–86.

Capítulo 11

REVISIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE ESQUIZOFRENIA POR ENFERMERÍA

DELIA GONZÁLEZ PÉREZ

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

NATALIA MARINE LOFVALL DURAND

1 Introducción

La esquizofrenia es una patología psiquiátrica que se caracteriza por un conjunto que varía en síntomas que pueden incluir el delirio y las alucinaciones; se conocen como síntomas clásicos de la psicosis; desorganización del pensamiento, síntomas que son deficitarios en la función cerebral como una reducción de las emociones, un lenguaje y una motivación, la disminución de la función cognitiva, y los cambios en el tono muscular y las actividades, como puede ser en el síndrome catatónico. Los síntomas que son afectivos son comunes, particularmente en la depresión. La esquizofrenia, por regla general, comienza en la adolescencia o en la adultez temprana y puede presentar un curso crónico que fluctúa acompañándose de la incapacidad. La prevalencia media de la esquizofrenia es 5.0 por 10000.

No hay muchos estudios de laboratorio que sean patognomónicos de la esquizofrenia. El diagnóstico es de forma primaria clínico, pero vinculantemente replicable en las manos de los profesionales expertos. Tampoco existen tratamientos que son curativos o que se basen en conocimientos patofisiológicos de esta enfermedad. La farmacología antipsicótica pueden disminuir el delirio y las alucinaciones, pero, son muy poco efectivas para que un tratamiento de los síntomas negativos, se presenten efectos tóxicos que sean ocasionalmente graves. Aunque una gran minoría de los pacientes que sufren esquizofrenia es capaz de realizar trabajos, estudiar, tener vidas independientes, o poder tener relaciones familiares normales, la enfermedad de la esquizofrenia se puede asociar frecuentemente con la disfunción familiar y social, global y más profunda.

2 Objetivos

Realizar una introducción sobre los factores de riesgo de la esquizofrenia para aportar unos conocimientos básicos a los compañeros de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los estudios epidemiológicos que se han establecido en numerosos factores que se confieren riesgos de la esquizofrenia. Estos pueden actuar durante un período relativamente temprano en el desarrollo cerebral, pero otros son mucho más comunes en la adolescencia y en la edad adulta como, el abuso del Cannabis. La mayor parte de los factores que contienen un riesgo ambiental actúan durante la gestación o el parto: incompatibilidad del Rh, extracción con asistencia de fórceps, hipoxia, preeclampsia, muerte de un familiar cercano en el primer trimestre del embarazo haciendo reflejo de un grave estrés, y una deficiencia materna de hierro. El lugar de nacimiento urbano afecta al riesgo así como al nacimiento en invierno, y es posiblemente que se vincule a exposiciones infecciosas. Otras

que son susceptibles y que son de carácter inmunológico como las enfermedades que son auto-inmunes en donde una historia familiar de este tipo de enfermedad autoinmune también confiere un riesgo alto. Otros antecedentes que se incluyen son un traumatismo encefálico, epilepsia y convulsiones febriles en niños y las deformaciones graves.

La historia en la familia de esquizofrenia es el factor de riesgo que se tiene de forma individual y es más grande. La edad paterna elevada también tiene riesgo para la esquizofrenia y se debe a que la edad paterna avanzada se puede asociar con defectos del desarrollo por norma general. Aunque el efecto en la edad paterna es en porcentaje pequeño comparado con el efecto en la historia familiar de la esquizofrenia, la tendencia de retardo de la paternidad en la población occidental, predice que este factor de riesgo puede aumentar su efecto que se atribuye porque depende directamente de la frecuencia de la exposición en la población. Dos limitaciones tienen que ser mencionadas: Poco se sabe sobre la posible interacción de los factores genéticos y los que no son genéticos y no hay una teoría que unifique la esquizofrenia y que explique los factores de riesgo que son conocidos o los mecanismos específicos a través de los cuales los factores de riesgo confieren una susceptibilidad.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, los estudios recientes del genoma completo pueden mostrar asociaciones que son estadísticamente robustas entre la esquizofrenia y la posible variación genómica común y rara. La pleiotropía entre las enfermedades psiquiátricas es extremadamente marcada. Estas observaciones, en un largo plazo, tienen su sitio en una clasificación de las patologías psiquiátricas. Con todo, el conocimiento de la genética de la esquizofrenia, de momento, es todavía muy embrionario, y el porcentaje de su heredabilidad que es explicado por un mapeo de loci individuales es muy pequeña. Se necesitan muchos estudios individuales y a gran escala para poder predecir resultados que puedan ser definitivos.

6 Bibliografía

1. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 2018; 30: 67-76.
2. Shi J, Levinson DF, Duan J, et al. Common variants on chromosome 6p22.1 are associated with schizophrenia. *Nature* 2019; 460: 753-7.

Capítulo 12

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN POSTPARTO

LAURA COMINO ROBLES

BEATRIZ HERAS CASTILLO

LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO

ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ

MARÍA COMINO ROBLES

1 Introducción

La Depresión Postparto (DPP) es un trastorno del ánimo que puede desarrollar la mujer durante el puerperio. Esto es debido a que el nacimiento de un nuevo miembro de la familia lleva consigo múltiples cambios en la vida de todos sus componentes.

La DPP no se debe confundir con la tristeza postparto o "baby blues", trastorno anímico más frecuente en mujeres que acaban de dar a luz, el cual afecta a un porcentaje mucho más alto de mujeres (en torno al 30 - 75 % de las puérperas) y se caracteriza por una clínica leve que comprende labilidad emocional, trastornos del apetito o irritabilidad, empezando los primeros días después del nacimiento del bebé y no durando más de dos semanas. En cambio, la DPP afecta a un número más reducido de personas (10 - 15 % de las puérperas) y comprende los síntomas de la tristeza postparto, pero además se suman sentimientos de culpabilidad, sensación de fracaso o trastornos cognitivos como déficits de memoria o de atención.

Además, la DPP se alarga mucho más en el tiempo, empezando entre las primeras 4 semanas y los primeros 6 meses, pudiendo prolongarse en el tiempo indefinidamente.

Para abordar con eficacia esta situación, los miembros de la familia, pero sobre todo la madre, deben desarrollar nuevas habilidades y roles para hacer frente a nuevas responsabilidades.

2 Objetivos

Descubrir e indicar qué intervenciones diagnósticas y terapéuticas puede llevar a cabo el personal de enfermería ante pacientes con depresión postparto.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha recurrido a la búsqueda de artículos en las bases de datos Google Académico y Dialnet, en las que se utilizaron los términos de referencia “depresión postparto”, “puérpera”, “tristeza postparto”, “intervención” y “enfermería” así como los booleanos “AND” y “OR”. Además, también se consultó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición (DSM 5).

4 Resultados

A la hora de diagnosticar una DPP es importante saber identificar los factores etiológicos que afectan al inicio de dicho trastorno. Entre estos factores destacarían: antecedentes personales y/o familiares de ansiedad y depresión, falta de apoyo social, eventos vitales traumáticos y/o estresantes, tipo de pareja y de relación (agudizándose si presencia de malos tratos) o estatus social y económico. Por tanto, la enfermera debe prestar atención a la historia clínica y a la situación actual de la paciente, y advertir la presencia de estos indicadores que podrían predecir una DPP. Se puede afirmar, por ende, que la DPP tiene un origen multifactorial.

El uso de manuales diagnósticos de referencia en psicopatología también puede ser de utilidad para señalar la presencia de una DPP. En concreto, el DSM 5 conceptualiza este trastorno bajo el nombre “Trastorno depresivo no especificado con inicio en el periparto”. Este manual ya apunta que la DPP podría iniciar antes

del nacimiento del bebé, durante el embarazo, o en las semanas que siguen al alumbramiento.

Finalmente, también sería importante que la profesional sanitaria realizara una entrevista semiestructurada a la paciente donde se indague sobre las expectativas reales o irreales de la maternidad, si existen o no sentimientos de incapacidad, baja autoestima o falta de confianza en sí misma.

Como intervenciones de enfermería, los autores señalan una serie de recursos que puede ofrecer la profesional a la paciente y que servirían como mecanismos de protección frente a la DPP. Entre ellos, destacarían:

- Seguimiento telefónico.
- Visitas domiciliarias, si precisa.
- Educación para la salud.

Es precisamente este último punto, educación para la salud, el recurso primordial que debe explotar la enfermera para dar unas directrices útiles y para recomendar una serie de hábitos que la mujer podría instaurar en su día a día y que, del mismo modo que los recursos apenas mencionados, actuarían como mecanismos de protección frente a la DPP. Algunos consejos sanitarios de utilidad son:

- Realizar ejercicio físico.
- Llevar a cabo la lactancia materna.
- Procurar un buen descanso.
- Realizar el contacto piel con piel.
- Tomar la medicación prescrita.
- Recurrir a psicoterapia y a terapias de tercera generación como el Mindfulness.
- Recurrir a la red social y familiar.

De hecho, los autores destacan la importancia de la prevención y la educación sanitaria como las bases de una buena intervención enfermera en la DPP.

5 Discusión-Conclusión

La DPP es una de las complicaciones más comunes en el puerperio, que como se ha visto puede llegar a afectar hasta el 15 - 20 % de mujeres a nivel mundial, siendo más vulnerables las mujeres con un nivel socioeconómico medio - bajo.

Por ello, es importante una evaluación integral de los factores de riesgo y de la realización de un correcto diagnóstico diferencial, donde la psicoterapia se tome como pilar principal para todos los niveles de severidad.

Algunas recomendaciones que sería conveniente tener en cuenta para prevenir o minimizar las consecuencias de la Depresión Postparto son:

- Diagnóstico precoz.

- Examen psicológico en puérperas.
- Fomentar consulta postparto.

6 Bibliografía

1. Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Postpartum Depression, analysis of risk factors and nursing intervention. Literature Review. *Enferm. Cuid.* 2022;5(3):19-29. <https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>.
2. Malpartida Ampudia, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5 (2): 355 - 368.
3. Kennedy, H. P.; Beck, C. T.; Driscoll, J. W. (2003). Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión postparto. *Matronas Profesión*, 4 (13): 4 -18.
4. Mora Delgado, M. (2016). Depresión postparto y tratamiento. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica LXXIII*
5. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, VA

Capítulo 13

LOS CUIDADOS QUE IMPARTE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON UN EDEMA AGUDO DE PULMÓN

LAURA COMINO ROBLES

BEATRIZ HERAS CASTILLO

LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO

ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ

MARÍA COMINO ROBLES

1 Introducción

Esta condición es una emergencia inmediata para el paciente. Aunque un corazón normal parece funcionar como una sola bomba, el ventrículo izquierdo en realidad tiene una estructura funcional y anatómica diferente a la del ventrículo derecho.

En un estado patológico, la mitad del corazón puede estar dañada, pero el otro lado sigue funcionando durante algún tiempo debido al evidente deterioro del lado izquierdo. El edema pulmonar agudo, o insuficiencia ventricular izquierda aguda, es una manifestación clínica que resulta de la etapa terminal de la congestión pulmonar, el bloqueo repentino de la cámara izquierda del corazón, que causa dificultad respiratoria grave.

La debilidad del ventrículo izquierdo es el resultado de (infarto de miocardio, arritmias graves que alteran el gasto del ventrículo izquierdo, hipertensión, enfermedad de las válvulas mitral y aórtica, arteriosclerosis coronaria, miocarditis aguda) y varias enfermedades cardíacas congénitas en niños. Es probable que las haya. Otras posibles causas de edema son afecciones no cardíacas: (nefritis aguda), infecciones, isquemia cerebral, lesión cerebral, tumores, hemorragia cerebral, encefalitis, insuficiencia renal aguda y crónica, aspiración rápida de líquido y aire del espacio pleural, envenenamiento por clordeazepóxido y trogenia).

Nos referimos únicamente a la etiología del edema agudo de pulmón de origen cardíaco.

La disnea paroxística nocturna se debe a un fuerte aumento de la congestión pulmonar. Esta obstrucción ocurre cuando el lecho vascular pulmonar recibe más sangre del ventrículo derecho de la que el ventrículo izquierdo puede extraer de los pulmones.

Los principales factores son la presión hidrostática de los capilares pulmonares y su mayor permeabilidad.

2 Objetivos

- Explicar como identificar los signos y síntomas que aparecen en el edema agudo del pulmón.
- Exponer los cuidados que debe tener en cuentas el personal de enfermería antes esta urgencia aguda.

3 Metodología

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

4 Resultados

El edema pulmonar agudo ocurre con mayor frecuencia por la noche y no tiene una advertencia repentina. Los pacientes pueden comenzar a despertarse con molestias severas, tos seca, levantarse en la cama, sudoración profusa y opresión en

el pecho, lo que puede estar precedido por ansiedad, inquietud y dificultad para respirar repentina, dificultad para respirar y tos con o sin flema. Estos síntomas pueden empeorar y en cuestión de minutos el paciente puede estar en crisis. Los pacientes pueden experimentar síntomas como té gris, aumento del pánico en el paciente, venas hinchadas en el cuello, aumento de la ansiedad y agitación, etc. pueden experimentar peores síntomas de neumonía, que pueden llevar a los pacientes con abundante flema, tos sanguinolenta, espuma y posiblemente una tos persistente y constante. Aparentemente se ahoga en sus propias secreciones, disnea severa, frecuencia respiratoria de 35 a 40 respiraciones por minuto, dolor en la parte posterior del hombro que se irradia a los omoplatos.

La muerte por edema pulmonar agudo se puede evitar con un tratamiento rápido.

Diagnóstico diferencial para excluir:

- Asma bronquial: dificultad para exhalar, caracterizada por silbidos y silbidos con flema nacarada.
- Embolia pulmonar: también comienza de forma repentina, pero es dolorosa y provoca hemoptisis.
- Neumotórax espontáneo: más doloroso, las pruebas de laboratorio son exclusivas.

Se deben tomar las siguientes medidas generales de cuidado:

Actividad Física: si las condiciones lo permiten, animar al paciente a acostarse en una posición semi-recostada.

Terapia de oxígeno.

Monitorización cardíaca: Valorar la presencia de arritmias.

Monitoreo hemodinámico.

En el caso de edema pulmonar agudo, tan pronto como se identifique, se debe alentar al paciente a que se comporte adecuadamente en la cama y se siente con las piernas hacia abajo (posición del 90 %) si el estado del paciente lo permite.

Esto facilitará la ventilación. Evitar comprimir el abdomen con el diafragma. Se reduce el retorno venoso al corazón. Ofrecer apoyo emocional y explicar que el autocontrol es necesario para reducir la ansiedad.

Mantener una buena ventilación e iluminación interior para reducir la congestión y la ansiedad.

La morfina tomada según prescripción produce efectos farmacológicos de sedación y dilatación venosa periférica, reduciendo así el reflujo venoso y la ansiedad.

Administrar oxígeno y realizar un ECG.

Medir regularmente el volumen de orina.

Proporcionar educación sanitaria sobre el proceso de la enfermedad y sus desencadenantes.

5 Discusión-Conclusión

Vamos a terminar y Concluimos este capítulo resaltando que el edema agudo de pulmón es una enfermedad muy común y sus síntomas no se ignoran. Es importante que las enfermeras estén bien capacitadas para brindar a estos pacientes la atención que necesitan. La EAP es una emergencia y el diagnóstico y tratamiento oportunos son esenciales. Asimismo, los cuidados de enfermería a los pacientes con EAP son fundamentales. Las enfermeras evalúan cada diagnóstico e intervención para agilizar posibles tratamientos y evitar la muerte del paciente. Durante la lactancia, se implementa una jerarquía de prioridades que aborda principalmente las necesidades de oxígeno.

6 Bibliografía

1. Smith, Enfermería médico quirúrgica ,Ed. Thompson and Thomson, 1998.
2. Negrin Villavicencio, J.A.(colectivo de autores). Texto para la especialidad de enfermería en cuidados intensivos. TII .Ed. Pueblo y Educación-1990.
3. Brunner, L.S y D.S .Suddarth: Manual de enfermería médico Quirúrgica.
4. Tomo II.Ed.MC Graw-Hill, Mexico,DF, 1.

Capítulo 14

LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE UNIDADES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

LAURA COMINO ROBLES

BEATRIZ HERAS CASTILLO

LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO

ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ

MARÍA COMINO ROBLES

1 Introducción

Actualmente y desde los últimos años, las cirugías realizadas sin necesidad de ingreso hospitalario han ido en aumento. Los pacientes son dados de alta en las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) el mismo día de la operación tras recuperarse de la anestesia. Esto es posible gracias a la aparición de nuevas técnicas quirúrgicas menos cruentas, avances en el campo de la anestesia y el desarrollo de programas de atención domiciliaria.

Las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria pueden ser unidades independientes o integradas en el resto del hospital. Lo ideal es la independencia total del resto del hospital, con consultas específicas para este tipo de cirugía. La enfermera tiene un papel importante en estas unidades, llevando a cabo los cuidados

necesarios y el seguimiento de los pacientes, antes y después de las intervenciones.

Entre las ventajas de este tipo de cirugía, encontramos una mínima alteración en el estilo de vida de los pacientes, mejorando la calidad asistencial. Hay menos riesgos de infecciones hospitalarias y mayor optimización de recursos. Todo esto se traduce en la reducción del coste sanitario.

Son susceptibles de este tipo de cirugía las intervenciones poco dolorosas, con pocas pérdidas hemáticas y que permitan una ingesta y deambulación precoz. La duración de la intervención no debe ser superior a 60 min. con anestesia general y 90 min. con anestesia loco-regional.

2 Objetivos

- Definir el papel de la enfermera en los cuidados del paciente durante el proceso de una cirugía mayor ambulatoria.
- Conocer las actividades que se realizan con el paciente en la unidad para conseguir buenos resultados relacionados con el procedimiento.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diferentes bases de datos, haciendo una lectura crítica y comparativa para obtener la información más relevante sobre las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria y los cuidados de enfermería realizados. Las bases de datos consultadas son las siguientes: Pubmed, Medline y Google académico.

4 Resultados

La cirugía mayor ambulatoria incluye procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, que se realizan con anestesia general, loco regional o local, con o sin sedación, que precisan cuidados postoperatorios de corta duración y por lo tanto no precisan ingreso hospitalario.

Las enfermeras de estas unidades son las encargadas de recibir al paciente y su acompañante a su llegada, y darles toda la información necesaria sobre los cuidados relacionados con el acto quirúrgico. Se aconseja hacer una llamada telefónica previa 24/48 h antes para recordar las actividades de preparación preoperatoria. Una vez en la unidad, la enfermera realizará una visita preoperatoria donde repasará y contrastará con el paciente las cuestiones más relevantes referentes

al procedimiento que se le va a realizar. Es de gran importancia revisar:

- Datos de contacto del paciente o acompañante de referencia.
- Historia clínica, asegurando que está completa la documentación preoperatoria como son pruebas complementarias y consentimientos informados.
- Valoración preanestésica, donde se verá si es necesario administrar alguna medicación previa a la cirugía, reserva de hemoderivados o pruebas complementarias inmediatamente antes de proceder a la intervención.

Se comprobará además que el paciente lleva puesta la pulsera identificativa, preguntaremos acerca del tiempo de ayuno que lleva para disminuir el riesgo de aspiración, y si ha tenido algún problema de salud significativo en los últimos días.

A continuación se realizarán las siguientes actividades:

- Preparación de la piel si fuese necesario.
- Toma de constantes previo paso a quirófano.
- Canalización de vía venosa periférica.
- Administración de medicación necesaria en caso de prescripción médica, como es la profilaxis antitrombótica, antibiótica o preparación intestinal.
- Retirada de objetos metálicos, prótesis dental, ropa interior y esmaltes/maquillajes.
- Colocación de ropa quirúrgica.

Tras la cirugía, el paciente pasará un tiempo en la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA), donde se realizará vigilancia del paciente antes de volver a la unidad. Una vez allí, se valorarán los criterios de alta, que son los siguientes:

- Paciente despierto, orientado y lúcido.
- Buena tolerancia oral, sin vómitos ni náuseas.
- Dolor controlado con la analgesia pautada vía oral.
- Haber realizado micción espontánea.
- Buen estado de herida quirúrgica.
- Buena cobertura familiar con capacidad de cumplir los cuidados e indicaciones médicas.

Antes del alta, se instruirá al paciente acerca de cómo actuar si aparecen complicaciones y darle indicaciones para evitarlas y detectarlas. Se facilitará un teléfono de contacto al que pueden llamar en caso de problemas. Una vez en el domicilio, se les realizará una llamada telefónica a las 24 h para valorar evolución.

5 Discusión-Conclusión

Todas las actividades descritas, desempeñadas por la enfermera de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, son de gran importancia para poder llevar a cabo estas técnicas sin necesidad de ingreso y con la máxima seguridad para el paciente. Así, se consigue una mayor optimización de los recursos disponibles, disponiendo de más camas liberadas para nuevos procedimientos y reduciendo por tanto las listas de espera. Se hace así un buen uso de los recursos disponibles.

La enfermera es el último eslabón previo a la entrada a quirófano, encargada de proporcionar los cuidados necesarios y de detectar problemas reales o potenciales que imposibilitarían la cirugía de una forma segura.

6 Bibliografía

1. Bagés Fortacín, C., Lleixá Fortuno, M. D. M., Español Puig, C., Imbernón Casas, G., Munté Prunera, N., & Vázquez Morillo, D. (2015). Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería global*, 14, 29-40.
2. Cordero-Ponce, M., Romero-Sánchez, I. M., López-Barea, J., & Martínez-Ramos, P. (2008). Abordaje del paciente en unidad de cirugía mayor ambulatoria. *Enfermería clínica*, 18(3), 156-160.
3. Recart, A. (2017). Cirugía mayor ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 682-690

Capítulo 15

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN HEMODIÁLISIS

LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA

VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO

ANWAR MARTINEZ MOHAMED

JORGE APARICIO CABAÑAS

CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA

1 Introducción

Una fístula arteriovenosa se puede definir como una conexión patológica entre Arterias y venas.

La enfermedad renal crónica se puede definir como un daño renal que previene el daño renal.

Los riñones filtran la sangre como deberían. Las principales consecuencias de esto son

Los desechos se acumulan en el cuerpo y causan problemas de salud, por ejemplo Retención de líquidos, potasio alto, enfermedad cardíaca o anemia. la razón

Las causas más comunes de esta patología son la diabetes y la hipertensión arteria.

La enfermedad renal crónica puede conducir a insuficiencia renal, entonces

Los pacientes deben elegir tener un trasplante de riñón o recibir uno

Hay diferentes tipos de diálisis. La hemodiálisis es el proceso de extracción de sangre a través del filtro externo en la máquina de diálisis. Entre los pacientes de diálisis deben:

- eliminación de apósitos aplicados después de retirar la aguja durante la diálisis en 24 horas.
- Si está muy pegajoso, humedécelo para evitar tirones y sangrado. - En ningún caso no recoja la costra que se ha formado en el lugar de la punción, porque si el sangrado debe suprimirse y el sangrado puede detenerse mediante la supresión.

Ambos métodos deben colocarse en la mano no dominante y la más alejada. posible.

2 Objetivos

Conocer e indicar los cuidados de enfermería en el paciente con fístula arteriovenosa así como los autocuidados que hace el paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las fístulas arteriovenosas se pueden clasificar en dos grupos:

- Autólogo: Realizado conectando arterias y venas bajo la piel del brazo. Es mejor hacerlo recostado sobre el antebrazo o la muñeca. La cirugía debe realizarse 6 meses antes de iniciar la hemodiálisis.

- Prótesis: creada colocando un tubo de plástico entre las arterias

Venas de brazos y muslos. Debe realizarse durante al menos 4 semanas.

Antes de iniciar el tratamiento.

El cateterismo inicial de la fístula debe ser realizado por personal de enfermería.

Además, al tratarse de un oleoducto, los pacientes pueden estar tranquilos

Esto crea más miedo y ansiedad. Listo en el momento en que retire la aguja

La hemostasia suave se logra aplicando una presión ligera y continua sobre la piel.

Unos 10-15 minutos más o menos. El personal de enfermería debe educar a los pacientes sobre este cuidado preventivo.

No se apoye sobre el brazo de la fístula cuando esté descansando.

- No utilice el brazo con fístula para análisis o inyección. - No transporte objetos pesados con la parte superior del brazo.
- No use ropa ajustada ni joyas. Evite comprimir el brazo de la fístula.
- Llevar una pulsera de alerta de fístula. - Mueva suavemente su brazo.
- Evita golpes y arañazos en el mango. - No medir la presión arterial en el brazo con la fístula.

Los pacientes deben realizar un seguimiento del autocuidado:

- Una vez que pasen los escalofríos, aplique calor seco y masajee la fístula. - Hacer ejercicios isométricos o sujetar una pelota.
- Palpación diaria para función de fístula. Los pacientes deben ser evaluados por la presencia de una fístula.
- Se debe evaluar la higiene de brazos y venas, hematomas, señales de advertencia y áreas rojas. - Debes saber que es una técnica aséptica.

5 Discusión-Conclusión

Como personal de enfermería sabemos que el paciente es el principal responsable de los cuidados de su fístula y para ello tendrá que aprender a cuidarla. La enfermedad renal crónica afecta a uno de cada 7 adultos en España, siendo más frecuente en varones que en mujeres además esta enfermedad no tiene cura pero sí retrasar el avance de ella.

El personal de enfermería debe tener actualizados los conocimientos sobre estos cuidados para aplicarlos a la práctica diaria así como para poder realizar una correcta educación sanitaria para que el propio paciente sea capaz de realizar sus autocuidados. Además se debe formar en cuanto a los procedimientos a realizar al personal de enfermería para poder disminuir los errores que pueden poner en peligro la duración y conservación de la fístula arteriovenosa.

6 Bibliografía

1. <http://www.scielo.org>
2. Zúñiga SM Carlos, Müller O Hans, Flores O Maritza. Prevalencia de enfermedad renal crónica en centros urbanos de atención primaria.

Capítulo 16

LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ

MÓNICA ROMÁN LUNA

SANDRA PABLO VÁZQUEZ

MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ

RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO

1 Introducción

En los últimos tiempos, se ha originado un exponencial incremento tan abrumador de la prevalencia en la patología diabética en todo el mundo que se ha calificado directamente como de una auténtica y verdadera pandemia. La obesidad y el sedentarismo, cada vez más frecuentes debido al teletrabajo o inclusive a los dispositivos informáticos, en nuestra sociedad, anuncian que esta tendencia puede mantenerse e instaurarse ya en la actualidad y que prevalecerá en el futuro.

Por ello mismo, a través de la investigación y estudio, se evidencia que, ha sido exponencial el crecimiento a su vez la necesidad del estudio y actualización a los tiempos del conocimiento científico de la patología y enfermedad diabética y en nuevas terapias farmacológicas.

Los avances tecnológicos expertos en el tema y la modernización de diversos sistemas muchos más precisos para la medición de las glucemias, de la obtención de estos datos y de los análisis de los resultados lleva y consienten a los individuos afectados con patología diabética y a los profesionales adaptar el tratamiento a los requerimientos precisos e individuales.

De modo que es esencial destacar la acción alimenticia y nutricional educativa que debe desarrollarse en el equipo multidisciplinar de la salud y en especial de los profesionales de todo el equipo de Enfermería trabajadores de Atención Primaria, el cual ostenta y están dotados de una responsabilidad y de herramientas a la hora de facilitar y de conducir el aprendizaje del propio individuo con patología o enfermedad diabética así como de su conjunto familiar, haciendo especial hincapié en los aspectos concernientes y referentes con las medidas de autocuidado entre las cuales se hallan: nutrición y dieta complementada con el tratamiento farmacológico, Hábitos de vida saludables, descanso y sueño, elementos de riesgo, diagnóstico, higiene, ejercicio, tratamiento y correspondientes controles sanitarios.

2 Objetivos

El objetivo principal del estudio e investigación de este es mostrar de una forma específica los aspectos en cuanto a la valoración de la patología, así como de la identificación de problemas, más básicos de la alimentación en pacientes diabéticos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

- Valoración inicial por necesidades y premisas básicas del ser humano referenciadas por Virginia Henderson: Proceso de valoración sistemática y premeditado basado en un plan para recoger y organizar la información sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos relativos a la enfermedad, de forma que facilite la evaluación de salud y el diagnóstico enfermero para la planificación de la asistencia y atención a la par que de educación hacia la salud.

- Exploraciones:

☒ Cotejo de perímetro abdominal, IMC, peso, talla.

☒ Cotejo de la (TA) tensión arterial.

☒ Cotejo de la (FC) frecuencia cardíaca.

☒ Examen y estudio del pie.

☒ Escrutinio de las áreas o zonas de punción en el caso ineludible en los insulino-dependientes debido a las inyecciones.

☒ Realización de un (EKG) electrocardiograma.

- Identificación de los diversos problemas: Se comete con la información que queda registrada en la historia clínica de la valoración que se hace inicial y con los datos concernientes de las exploraciones. Una vez identificados los problemas, se informa convenientemente y por supuesto entendible por los mismos al usuario y/o conjunto de familia, elaborándose a continuidad el plan de precisos cuidados que deberá contemplar su compromiso, así como los plazos que se instauren para la consecución de los resultados de los objetivos planteados.

- En cuanto al estilo de vida se debe fomentar un camino adecuado en una educación saludable: No se halla el alimento perfecto y que el individuo con patología diabética puede comer casi todo, cabe decir que, en las proporciones convenientes, poniendo en el primer lugar a los productos y géneros alimenticios ricos en vitaminas, fibra y los minerales, frente a las grasas denominadas trans y a los procesados.

Alimentación en fracciones pequeñas siempre en unas cinco o inclusive seis tomas al día, cuanto más mínimo sea el volumen de la toma mejor.

Estas particiones de horario deben ir a la par con la insulina, así como con el tratamiento de la toma de antidiabéticos orales y con efectucción de ejercicio físico.

La dieta debe ser rica en fibra (verduras, frutos secos, cereales integrales, legumbres, y fruta, en las cantidades convenientes a cada caso).

Una alimentación que es escasa o nula en grasas saturadas, así como el temido

colesterol, ya que se debe poner especial atención a reducir y minimizar lo máximo posible la ingestión de lácteos completos y los muy grasos, carnes consideradas grasas, así como la charcutería, huevos y sus derivados, etc.).

Tener en consideración que el alcohol es un producto hipoglucemiante y que puede derivar en una hipoglucemia.

La comida y dieta que se efectúe debe ser portadora de las grasas saludables, proteínas, y/o carnes magras, cereales a ser posible que estos sean integrales y de los lácteos mucho mejor desnatados.

Frutas, verduras y cereales integrales como la pasta de trigo y el arroz integral, salvado

Bebidas deben ser sin ninguna caloría, como té sin endulzar con azúcar, café o agua.

Elegir sustitutivos del azúcar y encontrar las mejores opciones bajas en sal.

5 Discusión-Conclusión

Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben de estar al tanto y convenientemente instruidos, formados y actualizados en los planes de cuidados encaminados a los enfermos con patología y enfermedad diabética este debe ser individualizado, ya que garantiza unas ventajas:

Los cuidados y necesidades serán dirigidos al diabético enfermo, lo que ayuda a asegurar que los problemas de salud y la respuesta a ellos sean siempre el centro de atención.

Se debe fomentar la participación del paciente afecto en su cuidado, fomentar y promocionar la independencia y proporciona al paciente afecto una mayor sensación de control y de los factores y condicionantes importantes en un resultado de salud positivo. Es conocido como la autogestión individual influye en el cuidado cotidiano para potenciar y promover un nivel de salud.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- 2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.
- 3.<https://www.scielo.org/es/>.
4. Jiménez S, Contreras F, Fouilloux C, Bolívar A, Ortiz H. Intervención de Enfermería en el Cuidado del Paciente Diabético. RFM [Internet]. 2001 Mar [citado 2022 Sep 30] ; 24(1): 33-41. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692001000100005&lng=es.

5. Ulloa Sabogal Iliana Milena. Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Sep 30] ; 33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000200019&lng=es.

Capítulo 17

PROTOCOLOS Y ACTUACIONES REFERENTES AL ASEO E HIGIENE DEL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MÓNICA ROMÁN LUNA

TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ

SANDRA PABLO VÁZQUEZ

MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ

RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO

1 Introducción

La higiene del paciente afecto es un conjunto de técnicas, métodos, habilidades y procedimientos de aseo en todo el cuerpo, las mucosas internas y externas que se efectúa a los pacientes afectos.

La higiene posee y persigue como objetivo y finalidad la prevención de patologías, conservación y mantenimiento de la salud así como lograr proporcionar bienestar, confort y comodidad al paciente afecto. Una higiene, o aseo, o limpieza conveniente se debe ejecutar tanto en el hábito hospitalario como en casa.

Podemos distinguir dos tipologías de higiene:

1º Higiene individual: hábitos y normas para conservar nuestra salud (de cada persona).

2º Higiene social: hábitos y normas aplicadas por la comunidad.

Se puede efectuar tanto en ducha como en bañera e incluso en pacientes afectos y encamados un aseo diario en la propia cama. El protocolo de actuación es: con jabón, posteriormente aclarado y secado.

Siempre se le debe explicar al paciente afecto lo que se le va a efectuar y se tiene que mantener así como proteger la intimidad de este en todo momento , garantizando que en ningún instante quedará completamente desnudo.

Cuando se vaya a lavar al paciente afecto y en cama se irá lavando cada zona del cuerpo intentando no mojar la cama y seguidamente se secará dicha área o zona para evitar la humedad en la piel, ya que esto puede provocar lesiones en la misma.

El proceso de lavado se acometerá dependiendo de la autonomía del paciente afecto entre uno o dos técnicos en cuidados auxiliares de enfermería e inclusive puede ser demandada la ayuda de un celador.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy trascendental e importante en el aseo del paciente afecto, ya que este se efectúa mediante una atención acorde a la condición y circunstancias del paciente e individualizada.

2 Objetivos

- Describir las funciones en el aseo del paciente afecto.
- Enumerar los beneficios proporcionados al contribuir en la higiene y confort del paciente afecto por parte del Profesional técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y sus competencias una muy fundamental es la concerniente con la higiene del paciente afecto y el aseo, ya que este es un cuidado básico.

La buena efectuación en cuanto a la higiene y el aseo, disminuye la aparición de resultados negativos como las conocidas infecciones añadidas al cuidado de la salud y/o lesiones en la piel.

El bienestar y comodidad del paciente afecto, a la vez que es una medida preventiva contra las infecciones.

Mientras se efectúa la higiene los profesionales logran valorar los aspectos de la piel; si cambia, la cavidad oral, permeabilidad de la vía aérea, movilidad, nivel de dependencia, si presenta dolor, estado nutricional y patrón de sueño.

Mientras se efectúa este cuidado, los profesionales de enfermería deben preservar la independencia del paciente afecto, mostrando respeto, asegurando su intimidad y favoreciendo al autocuidado, así se aporta comodidad, bienestar, seguridad y dignidad al individuo.

Esto ayuda para fomentar la comodidad emocional y la recuperación de los pacientes afectos.

Todos los profesionales sanitarios al trabajar en un entorno exigente y dinámico deben seguir una higiene adecuada y proteger y nutrir su piel, dependiendo del área de trabajo se debe llevar una higiene adecuada. Con este procedimiento estaremos evitando infecciones nosocomiales.

El procedimiento es; lavado de manos, desinfección e hidratación.

Para la efectuación del aseo debemos tener en consideración el estado del paciente afecto; si es autónomo o dependiente.

1º Si es autónomo e independiente se le proporcionará el material preciso y estaremos supervisándolo por si precisara de nuestro apoyo o ayuda, normalmente se efectúa en la ducha asegurando medidas de seguridad para evitar caídas.

2º Paciente afecto dependiente; puede ser parcial o encamado:

- Precisa ayuda parcial: puede precisar objetos como una silla, taburete o camilla. Se le proporcionará y se les dotará del material preciso para el aseo como toalla de baño, esponja, jabón neutro, crema hidratante, material de afeitado (si fuera preciso), toalla de manos, colonia, cepillo y la ropa que se vaya a poner.
- Paciente afecto en cama: el técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el que ejecute el aseo en la cama con la colaboración si su condición de patología lo permite, del paciente afecto, se le explicará el procedimiento y se efectuará con toda seguridad y según el protocolo de actuación, la cabeza se debe de dejar para

último lugar. El aseo es diario y se efectuará las veces que precise el paciente afecto.

El paciente afecto después de la higiene quedará en la cama bien seco, hidratado y vestido. La cama no se debe mojar y en suceso de que pasará se cambiará quedando el paciente siempre cómodo y seco.

Se debe tener una temperatura adecuada, siendo temperatura ambiente de entre 22 ° y los 25 °C en la habitación, debiendo evitar en todo momento las corrientes de aire y la temperatura del agua debe estar entre los 36° y los 40 °C.

5 Discusión-Conclusión

La higiene proporciona al paciente afecto una sensación confort y de bienestar, así como de comodidad, a la vez que favorece en la relación paciente - enfermería. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería antes de la efectuación de la técnica de higiene tiene que saber el estado del paciente afecto, así como si lleva otros equipos como, sondas, vías etc.

Para la retirada de ropa, como para volver a ponerla el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe saber el protocolo de como quitarla y de cómo volver a colocarlo, siendo esta así; si lleva vía primero se quitará el brazo que está libre y después el que la lleva y para colocarlo será lo contrario, siendo primero el brazo afectado y después el brazo libre.

En definitiva, la importancia del aseo es vital para prevenir patologías e infecciones y también tiene suma importancia para los beneficios físicos y psicológicos de los pacientes afectados.

6 Bibliografía

1. Carvajal Carrascal, Gloria; Montenegro Ramírez, Juan David. Wwww.scielo.es. Murcia. Octubre 2015: Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en paciente afectados críticos. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400015.
2. Paula Sánchez Álvarez, Sara López Rodríguez y Cristina Canal Antón. www.revistamedica.com. 20/02/2020. Aseo del paciente afecto. <https://revistamedica.com/aseo-del-paciente-afecto/>.

Capítulo 18

INVESTIGACIÓN Y CUIDADOS EN INFLAMACIÓN INTESTINAL O GASTROENTERITIS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SANDRA PABLO VÁZQUEZ

TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ

MÓNICA ROMÁN LUNA

MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ

RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO

1 Introducción

La gastroenteritis o médicamente llamada inflamación intestinal es de tipología viral se trasfiere y dispersa a través del contacto con los contenidos de vómitos o las heces del sujeto infectado. Por eso es esencial y fundamental el correcto lavado de manos tanto por parte del profesional como del afecto después de ir al baño. Ya que el sujeto afectado puede llegar a tocar superficies, objetos, prendas o incluso preparar comida, y estará, por lo tanto, infectando dichos objetos y fómites que serán los que contagien a otros sujetos (en el caso de manipular

productos alimenticios o inclusive bebida sería una intoxicación por alimentos, por estar estos infectados y contaminados).

La inflamación de la membrana interna intestinal es lo que ocasiona la conocida gastroenteritis. Puede estar originada por una bacteria patógena, por un virus (generalmente denominado norovirus), o incluso la logran originar diversos parásitos.

La sintomatología de la gastroenteritis o inflamación intestinal sobre todo si es de procedencia viral incluyen náuseas y/o vómitos, calambres y dolor abdominal, dolor de cabeza, diarrea acuosa, llegando a manifestarse en algunas ocasiones incluso con febrícula o fiebre y escalofríos.

La mayoría de los sujetos se recuperan sin tratamiento, posterior a no introducir alimento en unas 6 horas, se dará comienzo con una ingesta progresiva de solo líquidos y pasando poco a poco y en pequeñas cantidades a una dieta blanda.

Hay que prestar atención a la deshidratación, ya que está que puede sobrevenir de esta patología. Es especialmente común en los adultos mayores, bebés y en los sujetos inmunodeprimidos. Por lo cual se debe observar si el sujeto está logrando ingerir los suficientes líquidos para lograr reponer los que se pierden a través de las heces líquidas y de los vómitos.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste la gastroenteritis o inflamación intestinal como Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y qué tratamiento es el que se le pauta, en un caso clínico que se nos presenta en urgencias del centro de salud.

3 Caso clínico

Concurre a la consulta de urgencias mujer de 55 años, sin ningún antecedente médico a destacar, no toma en estos momentos ninguna medicación, nos expone que no padeció previamente ninguna enfermedad ni cursa con ninguna patología, esto ocurre a las 7:35 de la mañana en el área de las urgencias en atención primaria en un centro de salud presenta náuseas, con profusa diarrea y vómitos que se alargaron hasta su llegada a la consulta del centro, nos refiere que comenzó con este cuadro clínico a última hora de la tarde y que le apareció de modo inminente, ya que no se había notado anteriormente ningún síntoma.

Nos refiere que no tiene alergias que ella sepa, así como tampoco ninguna intolerancia alimentaria según la paciente. Se evidencia no sobrepeso, dice que no tiene

hábitos tóxicos y relata que lleva una dieta sana y además muy variada asimismo tiene rutina de realización de actividad física.

No dice que la diarrea alcanza en cuantía como unas 8 deposiciones líquidas desde el inicio brusco hasta antes de asistir al centro de salud, impidiéndole en toda la noche el descanso, refiere de unos 13 vómitos, y con una sensación acuciante de pinchazo y movimientos bruscos abdominales con lo que todo esto deriva en un gran malestar general.

A su vez nos expone de una cefalea soportable, que va en acrecentamiento precedente y posteriormente del esfuerzo del vómito. En el momento de la entrevista se halla mareada, con sensación de mucha laxitud y debilidad al tener que ir al baño al momento de levantarse e inclusive posterior al esfuerzo del vómito, refiriendo que dentro del baño debió de buscar apoyo para agarrarse y así poder incorporarse previniendo u reduciendo un poco la sensación de vértigo para no llegar a caerse

Afebril, abdomen, depresible, si dolor en palpación, examen peritoneal sin reacción, con orofaringe sin visión de placas exponencialmente eritematosa,.

Sin ingesta desde el instante de iniciar los síntomas, con intento fallido de tolerancia de una infusión de manzanilla, por la noche y mañana, pero solo consigue vomitar otra vez .

Al referir que no tiene ninguna intolerancia ni tampoco haber realizado ninguna comida ni alimentos fuertes o muy especiados

Tensión arterial 96/59.

Temperatura 36,1 °C.

Tras las pruebas ejecutadas y la manifestación y evidencia de los signos así como de la sintomatología, se diagnostica a la enferma de gastroenteritis o inflamación intestinal en modo aguda. Se decide de dar alta con la medicación y tratamiento prescripto y pautado y con la encomienda de que, si en unas 24 o 48 horas el proceso de sintomatología sigue sin mejorar o que inclusive empeore, debe de concurrir otra vez a urgencia para evitar la deshidratación.

Se le administra metamizol en la propia consulta y primerán intramuscular.

Se le prescribe suero oral hiposódico, en formato de sobres de reconstitución en 1 litro de agua/24 horas con prolongación de unos 5 días.

Y paracetamol de 1 gramo cada seis horas al menos durante 3 días.

Cuando se crea capaz comenzara con ingesta oral muy de poco a poco, para comprobar tolerancia con una dieta blanda y astringente consistente en arroz hervido, manzana rallada, pescado siempre al vapor, pechuga de pollo a la plancha.

Son signos y síntomas de deshidratación los siguientes: orinar de color oscuro y muy poca cantidad, cansancio, mejillas y ojos hundidos, sed extrema, boca seca,

mareos e inclusive desmayos, falta de turgencia y de tonicidad en la piel (se presiona suavemente la piel para ver su retorno o se efectúa suavemente un pellizco y no regresa a su posición fácilmente, se puede hacer asimismo presionando un dedo, brazo...).

4 Discusión-Conclusión

Es importante tratar la gastroenteritis o inflamación intestinal cuando esta persevera y se mantiene y se instaura por varios días, ya que, sin embargo, en la gran mayoría, la gastroenteritis o inflamación intestinal viral en sí, no es tan perjudicial, puede volverse peligrosa si llega a la situación de deshidratación. Cualquier sujeto con signos o síntomas de una deshidratación debe ser atendido médicamente de inmediato. Un sujeto con deshidratación en modo severo puede demandar tratamiento médico hospitalario.

Tratar, por lo tanto, la gastroenteritis o la inflamación intestinal cuando está en sus comienzos y en sus primeras horas o días de aparición es fundamental y trascendental para evitar complicaciones graves, estar pendientes de las reacciones que el sujeto pueda tener, especialmente si el sujeto es un bebé, anciano o sujeto inmunodeprimido.

5 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/gastroenteritis>
o inflamación intestinal.html.
2. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-lasalud/enfermedades-digestivas/gastroenteritis>
o inflamación intestinal-viral/sintomas-causas.

Capítulo 19

FUNCIONES DEL TCAE EN UCI PEDIATRICA

ANGELA MARIA BOLADO TIZON

ELIA FUNES RUIZ

1 Introducción

En un centro hospitalario se encuentran varios perfiles profesionales, uno de ellos es el TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería), estos son quien ayudan y facilitan las labores de médico y enfermeros.

El personal está formado y especializado en atención intensiva pediátrica, así como está informado de lo último en el aparataje que es necesario en esta unidad.

- La unidad de cuidados intensivos pediátrica (UCIP): a lo largo de los años estas unidades han ido evolucionando debido a su elevada utilidad.

Esta se trata de una unidad destinada al cuidado especializado del paciente pediátrico o neonatal en estado crítico que necesitan medidas de vigilancia y tratamientos específicos.

Estos pacientes necesitan monitoreo y tratamientos constantes lo cual puede incluir soporte para las funciones vitales.

Todas las habitaciones son privadas, tienen baño privado, un sillón/cama para la persona acompañante, etc.

En general el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se ocupa de los cuidados básicos del paciente.

Cada UCIP de un hospital define concretamente las tareas del TCAE, diferenciándolas de las tareas y competencias de los otros miembros del equipo.

El TCAE no es el encargado de salvar vidas, pero sin duda en esta unidad, es la persona que más tiempo pasa en contacto con el paciente y esto influye mucho en la mejoría de la salud de los pacientes.

2 Objetivos

Dar a conocer el desempeño de las múltiples funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de la UCI pediátrica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La unidad de cuidados intensivos pediátricos está compuesta por un grupo multidisciplinario (enfermeros, médicos, auxiliares, fisioterapeutas entre otros), preparado en el cuidado de los pacientes de alta gravedad.

El principal objetivo es recuperar las funciones vitales, mantener o sustituir las funciones indispensables para mantener la vida (circulación adecuada, respiración, función renal suficiente, temperatura adecuada, etc.).

La proximidad que se establece entre el personal sanitario y paciente es mucho más estrecha que en cualquier otro servicio, ya que el personal vigila constantemente, puesto que la situación del paciente puede variar en cualquier momento y, por lo tanto, requiere una solución rápida y eficaz.

Es muy importante favorecer el acceso a la formación continuada para conseguir que los TCAES se mantengan actualizados y sean reconocidos como una parte fundamental dentro del equipo de las unidades de cuidados intensivos pediátricos dado la importancia del trabajo que realizan.

Funciones del TCAE en la UCIP:

- Ubicar al paciente en la habitación asignada.
- Vigilar el comportamiento de sus signos vitales.
- Realizar la higiene del paciente, cambio de ropa, etc.

- Antes de iniciar la higiene el TCAE se informará sobre el estado del paciente y de las particularidades del mismo que deben ser tenidas en cuenta.
- Cambios posturales cada determinado tiempo.
- Importante prestar atención a la aparición de signos de úlceras por presión (UPP) en estados iniciales.
- Realizar el cuidado de cabello una vez por semana y siempre que el paciente lo necesite.
- Desinfectar el material que vaya a ser utilizado en el paciente.
- Garantizar las existencias del material necesario.
- Informar sobre las normas e instalaciones a las familias del paciente ingresado en esta unidad.
- Atender las necesidades básicas del paciente.
- Asistir a la enfermera y médico en todos los procedimientos.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el papel que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de la unidad de cuidados intensivos pediátricos es de gran importancia. Es un profesional cualificado y capaz de dar atención segura oportuna y humanizada al paciente, ya que logra mantener al usuario en las mejores condiciones posibles y hacer que su estancia sea lo más cómoda posible.

La presencia del TCAE para colaborar en la recepción de un paciente crítico se relaciona con la seguridad, disponer de todo el material necesario para iniciar la asistencia y la rápida monitorización, de manera que los facultativos y las enfermeras puedan iniciar, con su ayuda, inmediatamente los cuidados necesarios. Hay una serie de competencias del TCAE que están estandarizadas, siendo una de las principales tareas la preparación de los espacios asistenciales (BOX) para los ingresos en UCIP.

– Los TCAE deben contar con conocimientos específicos del tipo de higiene y productos de dermofarmacia que pueden ser utilizados o no según la patología base del paciente.

6 Bibliografía

1. [https://www.analesdepediatria.org/es-guias-ingreso-alta-triage-las-articulo-S1695403317304186#:text=La%20unidad%20de%20cuidados%20intensivos%20pedi%C3%A1tricos%20\(UCIP\)%20es%20una%20unidad,intensiva%20integral%20y%20continua%20por](https://www.analesdepediatria.org/es-guias-ingreso-alta-triage-las-articulo-S1695403317304186#:text=La%20unidad%20de%20cuidados%20intensivos%20pedi%C3%A1tricos%20(UCIP)%20es%20una%20unidad,intensiva%20integral%20y%20continua%20por)

–<https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria-unidad-cuidados-intensivospediatria/#::text=La%20presencia%20del%20TCAE%20para,ayuda%2C%20inmediatamente%20los%20cuidados%20necesarios>.

2. <https://idoc.pub/documents/unidad-pediatria-y-sus-caracteristicas-vnd5kgg375lx>
<https://revistamedica.com/tcae-unidad-cuidados-intensivos/#Objetivos>.

Capítulo 20

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES Y SUS FUNCIONES EN URGENCIAS

FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO

ANA EVA ORTIZ MARTINEZ

GEMA ORTEGA SÁNCHEZ

LAURA GARCIA NICOLAS

ASCENSION DEL OLMO MARIN

1 Introducción

El servicio de urgencias de un centro hospitalario lo podemos definir como una zona hospitalaria, que presta y proporciona atención inmediata a los usuarios sin hacer distinción que así lo requieran, así sea médica como quirúrgica.

El trabajo que hay que realizar dentro del servicio de urgencias se realiza en equipo, este equipo de trabajo, tiene que estar bien coordinado y el personal que trabaja en este servicio debe saber las funciones que tiene que desempeñar. El auxiliar de enfermería junto al personal médico de y de enfermería, componen un equipo que atiende aquellos pacientes que llegan al servicio de urgencias hasta su alta o los traslada a toda la unidad que les corresponda, junto con la ayuda de los celadores en algunas de las tareas 1,3.

Dentro de la zona de urgencias, nos podemos encontrar con todo tipo de patologías y con pacientes de diferentes edades, por lo que se tendrán que poner en prácticas todos los conocimientos adquiridos. El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el que recibe al paciente una vez que este ha pasado por admisión y del triaje, se le hace la identificación y se le ayuda si fuera necesario a desvestirse o realizar otro tipo de actividades que el paciente no pueda realizar por sí mismo, como por ejemplo ir al aseo 1.

2 Objetivos

Conocer las funciones que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Dentro de las responsabilidades y funciones de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de urgencias, son las siguientes:

- Enviarán los tubos internos del hospital, las muestras necesarias que se recojan al laboratorio. En caso de que sea urgente el análisis de la muestra, deberá ser el propio auxiliar de enfermería el que lo lleve al laboratorio de forma directa 1,2.
- Son los encargados de la limpieza y desinfección de los equipos que sean utilizados, así como de los utensilios que se emplean en el servicio de urgencias.
- Informarán de todo lo que respecte al funcionamiento del centro hospitalario tanto a los pacientes como a sus familiares 1.
- Vigilarán las sondas y mantenimiento de las mismas, pidiendo la colaboración al personal de enfermería cuando así sea necesario.
- Harán el transporte del paciente, si fuera necesario se le inmovilizará. En el caso de que necesitará ayuda para este tipo de actuaciones, siempre podrá disponer de un celador.

- Colaboración junto con el equipo del personal de enfermería, en cuanto lo que le haya pautado el médico.
- Recogerán todas aquellas pertenencias de los pacientes y guardarlas donde proceda.
- Proporcionarán todo el apoyo moral, e intentarán ser empáticos con todos los usuarios 1.
- Preparación de los pacientes para las exploraciones, pruebas diagnósticas y tratamientos 1.
- Proporcionarán a los pacientes, su ayuda en todo momento, así se para alimentación, higiene, movilizaciones, toma de medicamentos vía oral y rectal, etc.
- Ayudarán al personal de enfermería, si fuera necesario.
- Serán los encargados de la tramitación de la gestión de las muestras que les sean solicitadas paciente y después llevarlas donde proceda ya sea al laboratorio directamente o mediante tubos internos.
- Toma de constantes.
- Mantendrán la equitación y el material necesario en los boxes 1.
- Repondrán de todo el material que haga falta o lo que se dispensa en la misma.
- Mantendrán las cuñas y botellas en perfecto estado para su uso 1.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro del servicio de urgencias, tiene que estar sumamente preparado para trabajar en equipo, transmitir seguridad y confianza a los pacientes, el cual llega con patologías urgentes, por lo que es necesario que en ciertas ocasiones una actuación rápida y eficaz 1.

El rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, para con los pacientes de que están en el servicio de urgencia, es el personal que primero atiende a los pacientes en cuanto llega a este servicio y debe hacerles la estancia más amena. Es uno de los trabajadores junto con el resto de personal sanitario y no sanitario, imprescindible dentro del servicio de urgencias 1,3.

6 Bibliografía

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

Capítulo 21

LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA ASISTENCIA DEL PACIENTE Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO

ANA EVA ORTIZ MARTINEZ

ASCENSION DEL OLMO MARIN

GEMA ORTEGA SÁNCHEZ

LAURA GARCIA NICOLAS

1 Introducción

Esta unidad está compuesta por el conjunto de medios, materiales y de profesionales que ofrecen una asistencia adecuada y multidisciplinar en un espacio concreto del hospital. La Unidad de Cuidados Intensivos por tanto es la unidad del hospital que se encuentra ubicada independientemente del resto de servicios del hospital, pero que a su vez tiene un acceso directo y de forma rápida se accede a él.

La dinámica debe ser el trabajo en equipo de todos los profesionales que forma la Unidad de Cuidados Intensivos, entre ellos destacamos: médicos intensivis-

tas, diplomados de enfermería, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, celadores y limpiadoras. Las actividades deben centrarse y realizarse en función del estado de cada paciente y alrededor del mismo, así se le proporciona unos cuidados de calidad.

El trabajo del personal sanitario de estas unidades de UVI, entre ellos el técnico en cuidados de enfermería, es un trabajo muy duro y de mucho estrés, además de una alta presión ante situaciones críticas que pueden presentar los pacientes. Estos profesionales han de estar dotados de conocimientos específicos y especializados para el adecuado cuidado de este tipo de pacientes. En esta unidad se trabaja con mucha presión y donde los profesionales que trabajan allí tienen unos índices de estrés mayores que los que están en planta.

2 Objetivos

Definir el concepto de UCI, conocer la función de esta unidad y el papel del personal de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en diferentes páginas de internet, PubMed, Google académico.

4 Resultados

El enfermo que ingresa en la UCI, no deja de existir como persona, y el tratamiento médico al que se somete, no es más que una parte de los cuidados que tiene derecho a recibir.

La atención que requieren estos pacientes suelen estar en relación con las necesidades de su nivel de gravedad, ya que resulta evidente que en la misma UCI no todos los pacientes presentan la misma gravedad, ni tampoco el mismo enfermo mantiene un mismo nivel a lo largo de toda su estancia.

Las principales funciones respecto a las constantes vitales que debe de anotar el auxiliar de enfermería son:

1- La temperatura.

2- Recoger y reponer todos los materiales del box.

3- La diuresis se baja también cada hora y se anota.

4- La frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial.

5- Limpiar y desinfectar el aparataje en cada turno además hay que hacerlo siempre que haya un alta de un paciente de la uci.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en UCI proporcionan cuidados al paciente mucho más especializados que en una planta de hospitalización, se enfrentan a situaciones críticas junto con las enfermeras, esto requiere vigilancia de detalles insignificantes, decisiones rápidas e irreversibles y el uso adecuado de material sofisticado, y pueden desarrollarse comportamientos profesionales que pueden atribuirse a sentimientos de autodefensa ante el dolor y la muerte y esto impide el apoyo que necesita el paciente. Por ello es aconsejable que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tenga:

- Una preparación continua y orientación técnica.
- Una preparación psicológica para afrontar las situaciones angustiosas.
- Poder acceder a cursos especializados y relacionados con el tipo de trabajo.
- Compartir responsabilidades con el resto del equipo que hay en cada uci.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos es necesaria, ya que las funciones de este profesional sanitario son de gran importancia para el resto de profesionales que participan en la unidad y para los pacientes están en ella ingresados.

Por tanto el bienestar, el cuidado y el confort del paciente son elementos clave para favorecer la recuperación de la salud de cada paciente, por lo que es muy importante conocer y aplicar los cuidados básicos encaminados a la consecución del bienestar, especialmente todo lo relacionado con la higiene, con el cuidado del entorno y la movilidad del paciente ingresado en UCI.

6 Bibliografía

Manual de enfermería hospitalaria. C. Eseverri Chaverri. Editorial Médica y Tecnis SA.

Pubmed www.revistamedica.com

Capítulo 22

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS ENEMAS

FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO

ANA EVA ORTIZ MARTINEZ

ASCENSION DEL OLMO MARIN

GEMA ORTEGA SÁNCHEZ

LAURA GARCIA NICOLAS

1 Introducción

Los enemas se definen como una solución acuosa, la cual es introducida por el recto y el colon a través del ano, se le conoce por la acción reguladora que hacen en la flora intestinal, lo que lleva a la confusión con otro tipo de medicamentos, como son los laxantes o purgantes. La diferencia entre los laxantes y los enemas, es estas que estos últimos no irritan el colon y tienen bastantes más funciones para la salud de los pacientes. Los enemas se utilizan con fines terapéuticos o diagnósticos; los conocidos como enemas de limpieza son los que se utilizan en el estreñimiento como tratamiento 1,3.

Entre los principales objetivos en cuanto a la administración de enemas, se encuentran los siguientes:

- Limpieza del intestino para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico, partos y diagnósticos 1.

- Ayuda a favorecer la expulsión de los gases y acrecentar los movimientos peristálticos del intestino.
- Facilitará la evacuación de las heces o el reblandecimiento de estas.
- Introducción de soluciones con finalidad terapéutica 3.
- Mejorará la constipación.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería contribuyen en cuanto a la preparación y administración de los enemas, siempre colaborando con el conocimiento científico y práctico en la aplicación de la técnica correcta 3,4.

2 Objetivos

Conocer las funciones y técnicas por parte del auxiliar de enfermería en la aplicación de enemas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

El primer paso antes de la administración de un enema por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, será la preparación de todo el material que sea necesario, el cual tiene que estar compuesto por: solución de irrigación, sonda rectal, papel higiénico, sistema irrigador (recipiente y tubo con llave y cánula), protector, palo gotero, guantes, gasas, cuña, material de aseo, lubricante hidrosoluble y termómetro de agua 1,3.

En cuanto a la técnica a la hora de administrar los enemas, se debe seguir las siguientes

- El soporte del sistema del enema deberá estar colocado a una altura de 40 cm 3.
- Lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Si el paciente está encamado, colocar un protector para la cama y colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo, flexionándole la pierna derecha aproximadamente por encima del ano 7.

- Recoger todo el material, quitarse los guantes, lavarse las manos y anotar y comunicar incidencias, efectividad, etc.
- Realizar la técnica del sondaje rectal. La longitud de la sonda a introducir será de 7,5 a 10 cm. En adultos, de 5 a 7,5 cm. En niños y de 2,5 a 3,75 cm. en lactantes.
- Una vez administrado, cerrar la llave para que no entre aire y retirar suavemente la sonda.
- Dejar colocado al paciente en una posición cómoda y adecuada 1.
- Lubricar la punta de la sonda e insertar suavemente el cateter en el recto en dirección hacia arriba y atrás. Nunca forzar la inserción de la sonda.
- Realizar, si es necesario, la higiene de los genitales y la zona anal.
- Si el paciente se queja de dolor o de incapacidad para mantener el enema detener el flujo del líquido y darle instrucciones para que respire profundamente, luego comenzar de nuevo lentamente 3.
- Si fuera necesario, realizar el aseo de la zona anal del paciente.
- Explicar al paciente lo que se le va a hacer, la finalidad e intentar que colabore en la medida de lo posible.
- El paciente deberá retener la irrigación durante 5 o 10 minutos en enemas de limpieza o durante el tiempo prescrito en enemas de retención.
- Si el paciente puede levantarse, administrar el enema de pie con el tronco ligeramente flexionado.
- Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación 1.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es de vital importancia en cuanto a la realización de la administración de un enema, ya que con la aplicación del enema de limpieza, conseguimos una limpieza del recto y del colon por si el paciente requiere con el tiempo una futura cirugía 1,2.

Por eso muy importante a la hora de administrar un enema y se debe tener en cuenta, que al introducirlo se tiene que forzar para poder administrarlo, conllevar la suspensión de la técnica de forma inmediata y se le notificara al personal médico lo antes posible 2.

El auxiliar de enfermería tiene que estar muy preparado y estar bien formado para la administración de enemas, conocer las ventajas y desventajas 3.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/>

- <https://www.scielo.org/es/>
- Pubmed

Capítulo 23

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA ACTUACIÓN ANTE LOS PACIENTES POST MORTEM

MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO

ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA

JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO

ULPIANA PINAR PINAR

MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA

1 Introducción

La atención post mortem es realizada por paramédicos: enfermeras y técnicos paramédicos, asistidos por paramédicos según sea necesario, a los pacientes inmediatamente después de la muerte para preparar el cuerpo antes de su entrega a los siguientes servicios:

1. Área de mortuorios en un hospital o residencia geriátrica.
2. Tanatorio.
3. Instituto anatómico forense si se va a proceder a la realización de una autopsia por orden judicial.
4. Quirófano si el difunto es donante de órganos.
5. Otras dependencias (domicilio familiar, cámara frigorífica).

Si la familia desea estar con el difunto, se le permite un tiempo discreto y, si es necesario, se debe preparar y limpiar la habitación antes de ir a la habitación, y se debe colocar al difunto para que pueda estar presente, y luego la familia sale de la habitación para comenzar la autopsia.

En conclusión, los médicos necesitan saber qué hacer cuando un paciente fallece y qué protocolos seguir al realizar el tratamiento post-mortem.

Antes de iniciar estos cuidados debemos avisar a un facultativo para que certifique el fallecimiento e informe a la familia.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es explicar qué son los cuidados post mortem y la función de los técnicos en cuidados de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo si una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha consultado Google con palabras clave como “el auxiliar de enfermería y los cuidados post mortem”.

4 Resultados

El enfermero/a llamará al servicio de admisión para dar de baja al fallecido de la unidad y del resto de servicios vinculados. En caso de que el paciente tenga un aislamiento se harán unos cuidados post mortem especiales dependiendo del tipo de aislamiento y prestando atención a la retirada de los residuos.

Para la realización de la autopsia utilizaremos los siguientes recursos materiales: utilizaremos sábanas y bolsas de morgue, así como petición de las familias, podremos incluir la ropa proporcionada por ellos; y fecha de muerte); carro de vendajes, gasas, vendajes, escalpelos, cintas y pinzas de Kocher); Utilizaremos un fregadero de agua, una esponja jabonosa o jabón antiséptico y toallas para su limpieza; utilizamos una bolsa para desechables, otra bolsa para ropa sucia y la última bolsa para objetos personales del difunto. Utilizaremos una camilla para transportarte y utilizaremos EPI para nuestra propia protección, que incluye: bata, mascarilla desechable, gorro y guantes.

Una vez preparados de todos los materiales seguiremos los siguientes pasos para el amortajamiento.

El superior o médico responsable debe informar a los familiares de la muerte del paciente para que los familiares no se enteren. Si los pacientes si fallecidos comparten habitación, utilizaremos mamparas para proteger su privacidad. El enfermero será el responsable de indicar la causa de la muerte, así como la hora y si se produjeron las maniobras de reanimación en la hoja de registro del personal de enfermería.

Una vez hecho lo anterior llevaremos el material necesario a la habitación y procederemos al lavado de manos y colocación del equipo de protección individual. Para finalizar se avisara al celador para trasladar al paciente y cuando este se lo haya llevado procederemos a la limpieza y desinfección de la habitación.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados postmortem son una labor que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Debe de realizarlos junto con el diplomado de enfermería y el celador en los movimientos además de ayudar en todo lo que sea necesario a los familiares como prepararles una manzanilla, darles agua, dejarlos que pasen a la habitación para la despedida siempre que sea posible y sin molestar a los demás pacientes apoyarlos, empatizar con ellos y sobre todo favorecer el correcto procesamiento de las emociones.

Como Auxiliar de enfermería en el proceso de los cuidados post mortem he aprendido que debo preservar la intimidad del paciente y sus familiares en todo momento y, además, tratar con respeto a este Y pese a ser el último paso en los cuidados del paciente, debemos prestar igualmente todo nuestro interés, ya que es parte de nuestra labor asistencial.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org.
2. www.revistamedica.com.
3. <https://www.congresosicepa.com>.

Capítulo 24

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO

ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA

JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO

ULPIANA PINAR PINAR

MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA

1 Introducción

La medicina interna es una de las especialidades médicas con mayor estancia hospitalaria. La medicina interna es un servicio que incluye la atención integral y el tratamiento no quirúrgico de los pacientes adultos. En este servicio, cuya función es atender las necesidades con la mayor seguridad y calidad posible, no hay que olvidar que los auxiliares sanitarios (TCAE) deben responsabilizarse de todas sus funciones y tareas en una sola correcta. Los técnicos de para enfermería son los encargados de atender las necesidades básicas de todos los pacientes. La medicina interna se define como un servicio médico profesional global, científico y completo para los pacientes, que siempre integra aspectos fisiopatológicos diagnósticos y terapéuticos.

La medicina interna se define como un servicio médico profesional global, científico y completo para los pacientes, siempre debe estar integrado con el diagnóstico y en el tratamiento fisiopatológico.

Algunas funciones y tareas del técnico de enfermería no dependen directamente de él, sino de otro personal de salud, como la punción, la inyección de drogas, la extracción de sangre, la asistencia directa en consultas, etc. el trabajo de una enfermera. Se puede decir que el técnico de enfermería auxiliar es una parte importante del servicio de medicina interna y una parte colectiva del trabajo en el mismo.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de medicina interna.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

En medicina interna encontramos varias funciones y tareas que debe realizar y tener en cuenta el auxiliar de enfermería, estas tareas y funciones incluyen:

- Distribuyen ropa y valoran la autonomía del paciente.
- Preparan y etiquetan muestras de orina (las muestras de sangre serán etiquetadas y preparadas por el personal de enfermería).
- División del trabajo en departamentos con continuidad asistencial (turnos) en número y carga de trabajo.
- Limpiarán al paciente, evaluarán el estado de su piel para prevenir las temidas úlceras por presión, en cuyo caso avisarán al personal de enfermería (cambiando de posición cada dos horas).
- Tomar y registrar la diuresis y las heces.
- Evaluar y determinar la ingesta de agua y posterior ingesta de agua (preparación con gel).
- Los carros asistenciales se cambian y limpian todos los días y en cada turno y cuando se recogen en "equipos".

- Estarán al tanto de las muestras inconclusas que deban recolectar de pacientes encamados, pacientes en espera de exámenes, su traslado (para limpieza previa), pacientes que necesiten saber su peso y/o talla, alimentación enteral (adecuada limpieza antes de nutrición estricta). plan).
- Tomarán la temperatura al paciente y la registrarán.
- Las comidas se distribuirán bajo la supervisión del personal de enfermería para garantizar una nutrición adecuada.
- Valoración e higiene de la mucosa bucal.
- Organizar el trabajo con los cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

La medicina interna es una de las especialidades médicas con mayor estancia hospitalaria.

La carga de trabajo del departamento del médico es importante, ya que casi la mayoría de los pacientes y casos aún ingresados son personas mayores. La enfermera adjunta deberá asistir y colaborar en los cuidados de los pacientes agudos hospitalizados, y asesorará en enfermería primaria y otras especialidades, especialmente en los cuidados de pacientes crónicos complejos con formación, con organización y en dirección.

6 Bibliografía

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

Capítulo 25

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA FRENTE A UN PARTO

MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO

ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA

JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO

ULPIANA PINAR PINAR

MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA

1 Introducción

Cuando hablamos de aquellos tipos de cuidados ginecológicos y obstétricos, cabe resaltar la importancia que tiene dar un adecuado apoyo psicológico a las pacientes durante el embarazo. Para un buen seguimiento del embarazo, es muy importante y necesario que la madre acuda lo antes posible a la consulta obstétrica y que valla a las consultas con cierta asiduidad y regularidad.

Los cuidados obstétricos que prestan el personal encargado de este servicio, hacen que la madre este en un buen estado de salud durante el embarazo y así favorecer un correcto desarrollo fetal.

Las funciones que desempeñan los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante estas pacientes, se encuentran principalmente las de brindar ayuda y apoyo al resto del personal sanitario que interviene durante el embarazo y el

parto, como es el caso del personal médico y del personal de enfermería, es decir no solo hay que atender a los profesionales, sino que también sus funciones son las de preparación del paciente. De este modo, no solo mejoraremos la situación de cada uno de los pacientes, sino que, además, podrá colaborar con mayor eficacia.

Las labores y funciones que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería, pueden abarcar y realizarse en diversos servicios, como pueden ser en la consulta ginecología u obstetricia.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer las funciones que desempeñan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la obstetricia.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), tiene unas funciones y tareas cuando atiende a un parto, las cuales son las siguientes:

- Colaborar con el equipo en todo lo que necesiten.
- Preparar a la embarazada vistiéndola y desvistiéndola.
- Asearlas cuando sea necesario.
- Traspasarlas de una cama a la otra a la embarazada.
- Poner y quitar las cuñas.
- Preparación de los instrumentos y de la mesa de parto.
- Apoyar al médico especialista durante el parto.
- Cambiar las sábanas, compresas y ropa de la embarazada cuando se prevea.
- Recogida y limpieza del instrumental.
- Preparar la mesa del recién nacido.
- Identificar al bebé con una pulsera identificativa.

Después de un parto, se llevara a cabo el traslado de la madre junto al recién nacido a la habitación que se les asigne a su llegada y posterior ingreso en un centro hospitalario, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debe facilitar tanto a la madre como al recién nacido, los cuidados que sean necesarios para los dos.

La temperatura de la habitación donde permanecerán la madre junto al recién nacido, debe oscilar entre los 22 y los 25 grados de temperatura, la cual es la idónea para el organismo del bebé. A la madre, se le facilitara alimentación, así como consejos en cuanto a la higiene del recién nacido, de lactancia, higiene íntima de la parturienta, para que su estancia en el centro hospitalario sea confortable, siempre mirando por su bienestar. Si hubiera alguna incidencia o complicación, el auxiliar de enfermería dará aviso cuanto antes al personal de enfermería.

Trabajar en esta área no es un trabajo que llegue a resultar nada fácil, sobre todo para el propio personal sanitario, dado que se trata de un trabajo confidencial e íntimo, debido a su carácter, sobre todo de los tratamientos que son llevados a cabo.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería en esta área, es de vital importancia, tanto para el personal médico que interviene en él, como son los ginecólogos, matronas, personal de enfermería, entre otros, así como en la preparación del parto y de sus posteriores cuidados tanto a la madre como al recién nacido. Son varias las funciones que desarrollan los auxiliares de enfermería, puesto que estas se realizan antes, durante y después de cada asistencia.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar formado correctamente en cuanto a tener un comportamiento de comunicación activa, empatía y que aporte confianza a los pacientes.

6 Bibliografía

www.scielo.org

Pubmed

Manual de organización y funciones del proceso de hospitalización de ginecoobstetricia del Hospital General Docente de Calderón.

Capítulo 26

ERGONOMÍA PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO

BEATRIZ COLLADO RUIZ

VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS

CELIA CALERO MATAS

GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA

1 Introducción

Desde que el hombre surge como ser vivo, ha tenido que realizar una serie de trabajos que conllevan un esfuerzo para poder cubrir todo lo que necesita, esto cuando existe un intercambio ha recibido el nombre de trabajo, ya que a través del esfuerzo del ser humano se produce una riqueza.

En este capítulo, se va a hablar de la ergonomía en el trabajo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y personal sanitario, en general que realizan a diario dentro de sus funciones. Desde el nacimiento de esta categoría sanitaria, muchos estudios han demostrado que el trabajo que se realiza en los centros sanitarios afecta negativamente a la estructura musculoesquelética.

Debido a las situaciones anteriormente mencionadas, surgen una serie de lesiones que se han catalogado como enfermedades profesionales que en el caso de los

sanitarios y no solo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería han sido causa de invalidez permanente y es considerada una enfermedad profesional habitual en el medio sanitario.

Dentro de los riesgos más habituales el que es considerado como de mayor riesgo es el que viene asociado a la manipulación de las cargas/pesos y las movilizaciones de los pacientes/usuarios de centros sanitarios y sociosanitarios, tal y como muestra numerosa bibliografía a la que se ha accedido sobre el tema.

Las zonas afectadas a la hora de realizar el trabajo sanitario son el sostén del cuerpo: los huesos, tendones, articulaciones, músculos y ligamentos que suelen localizarse en la espalda, hombros, codos y muñecas.

Las lesiones y posteriormente las enfermedades se producen en base a un sobreesfuerzo o al acúmulo de los mismos. El dolor es uno de los primeros signos y síntomas de alarma llegando a cronificarse y dando lugar a una incapacidad funcional en la zona afectada.

En base a esto, se ha desarrollado lo que hoy se conoce como ergonomía o higiene postural que es básico para desarrollar el trabajo de forma adecuada a la hora de manipular las cargas y realizar movimientos forzados y repetitivos.

Las tareas que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) vienen determinadas por las circunstancias ya mencionadas por ello se habla de esto en el capítulo.

2 Objetivos

Dentro de este capítulo, se plantea como objetivo principal:

- Conocer los riesgos a los que un técnico en cuidados auxiliares de enfermería está expuesto.

Como objetivo secundario, se pueden deducir:

- Profundizar en las medidas para prevenir lesiones en el aparato músculo-esquelético.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en artículos académicos sobre ergonomía sanitaria utilizando el buscador de Google académico, utilizando las palabras: ergonomía, prevención y riesgos.

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha

2010- 2020 y combinando los siguientes descriptores: higiene postural, TCAE, auxiliar, ergonomía, trastornos, movilización y sanidad.

A través de estas revisiones bibliográficas, se encontraron ciertos documentos que se han utilizado para la elaboración de este capítulo en base al tema y la categoría profesional.

4 Resultados

El sobreesfuerzo es común dentro de las funciones del sanitario ya sea por una mala praxis o por falta de personal favoreciendo una serie de riesgos que conlleven problemas músculo-esqueléticos con el paso del tiempo.

Dentro de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encuentra las movilizaciones a los pacientes con limitaciones para ello, la higiene, el transporte de las muestras a los laboratorios, los cambios posturales a los encamados, la realización de la cama entre otros junto con el reparto de las dietas. Todo esto conlleva una carga física.

A la hora de realizar este tipo de esfuerzos, se deben tener en cuenta una serie de características para ser capaz de organizar el trabajo sin riesgos por ello se debe conocer la realidad del paciente y sus necesidades, el esfuerzo a realizar dependiendo del entorno en el que nos encontramos (habitación amplia, espacio, tipo de suelo etc.), tipo de esfuerzo si es repetitivo o no.

Todo esto conlleva una serie de riesgos en caso de no realizar las movilizaciones de forma adecuada. Por ello en muchas ocasiones se puede observar que existen en los centros hospitalarios ciertos puesto para personas derivadas por salud laboral en su gran mayoría padecer lesiones osteomusculares.

Es básico a la hora de organizar el trabajo que este se haga distribuyendo adecuadamente las tareas en base a las siguientes pautas:

- Realizar descansos en base a la actividad a desarrollar.
 - Conocer la realidad y la autonomía del paciente para su capacidad de colaborar.
 - Valorar la altura y la distancia del plano de trabajo.
 - Mantener la espalda recta y las rodillas flexionadas utilizando los músculos de las piernas a la hora de movilizar pesos.
 - Uso de la grúa para facilitar la movilización al paciente y al sanitario sobre todo si los pesos son excesivos.
 - Uso de cualquier dispositivo que facilite la movilización del paciente y prevenga riesgos al trabajador en este caso el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Los principales factores de riesgos son:

-Manipulación de cargas superiores a tres kgs. En condiciones ergonómicas desfavorables como desplazar verticalmente a 25 cm. o elevar por encima de la cabeza o girar el tronco en la elevación.

- Manipulación de cargas superiores a 25 kg en caso de varones, pero si se trata de mujeres o jóvenes se debe disminuir a 15 kg. A partir de estos pesos existe riesgo.

Por otra parte, otro riesgo que hasta ahora no se había tenido en cuenta es la escasa formación que se ha recibido sobre la ergonomía por parte de los sanitarios por ello en los últimos años se ha incidido en este tema para que las lesiones no aparezcan con la facilidad que los hacían anteriormente.

Ante el uso de los equipos como grúas, transfer u otros dispositivos se debe facilitar la formación adecuada para su uso ya que si no se realiza de forma adecuada pueden provocarse lesiones.

En muchas ocasiones, falta personal para poder realizar estas labores por lo que el existente se sobrecarga y por otra parte faltan equipos mecánicos que facilitan la labor y evitan las lesiones. Las movilizaciones y la transferencia de enfermos es la función básica de este personal sanitario por lo que se deben usar de forma correcta los dispositivos mecánicos y tener una higiene postural correcta de tal manera que se calcule la fuerza a emplear en base al peso y la movilidad junto con la capacidad de colaboración del paciente al que se le explica lo que se va a realizar.

Se debe favorecer el uso de medios mecánicos para transportar las cargas y eliminar los obstáculos de paso. Se deben espaciar los movimientos y la frecuencia de trabajo en caso de que las movilizaciones sean repetitivas.

5 Discusión-Conclusión

Como resumen, se puede deducir que las medidas de prevención de uso continuado son la base de la pirámide del sanitario para poder tener una salud adecuada en el desarrollo de su trabajo y evitar lesiones que conllevan la baja y en muchas ocasiones incapacidades permanentes.

En todos los centros sanitarios y sociosanitarios, la mayoría de los usuarios tienen problemas de movilidad sobrevenida por su estancia en el centro o ya la traían consigo. Dentro de las funciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, se ve afectado por este tipo de riesgos físicos que pueden llegar a provocarle lesiones en el aparato musculoesquelético de forma permanente.

Según los estudios, este tipo de enfermedad profesional es la primera causa de invalidez permanente en esta categoría profesional.

Se debe facilitar una formación básica y continuada a no solo al TCAE sino a todas las categorías profesionales en las que sus funciones conllevan una serie de riesgos al soportar grandes cargas.

De esta forma el personal que trabaja en los centros sanitarios y sociosanitarios, tiene una formación en ergonomía que favorece su higiene postural y facilita la atención la paciente y se previene lesiones.

6 Bibliografía

1. Bobadilla Zamora, A. J. (2018). Medidas ergonómicas sobre la higiene postural desde una perspectiva enfermera.
2. Briseño, C. E., Herrera, R. N., Enders, J. E., & Fernández, A. R. (2005). Estudio de riesgos ergonómicos y satisfacción laboral en el personal de enfermería. *Revista de salud pública*, 9(1), 53-59.
3. Calatrava, L. R., López, J. M. H., & Alonso, P. S. (2017). Medidas de seguridad para los profesionales sanitarios: Mantenimiento de la higiene postural. *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud*, 111.
4. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 27

EL VÓMITO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO

BEATRIZ COLLADO RUIZ

VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS

CELIA CALERO MATAS

GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA

1 Introducción

El vómito también llamado emesis consiste en la salida del contenido del estómago por la boca, de manera violenta y espasmódica. En los lactantes es frecuente la salida, coincidiendo con la eliminación de gases, del contenido gástrico, pero de forma no violenta. Es lo que se conoce como regurgitación.

El vómito está precedido de la náusea: sensación de repugnancia y malestar en el estómago. El vómito es un acto reflejo muy complejo cuyo centro regulador se halla en el bulbo raquídeo. El bulbo raquídeo es la porción posterior del tronco cerebral que se extiende desde el borde inferior de la protuberancia hasta la médula espinal por la cual continúa. El centro regulador del bulbo raquídeo recibe impulsos nerviosos del aparato digestivo o de otras partes del organismo, y este

emite otros impulsos que provocan la relajación del esófago y del esfínter de los cardias que es la abertura esofágica del estómago.

Al mismo tiempo se contraen la porción pilórica del estómago, el diafragma y los músculos abdominales. El vómito, sobre todo si se presenta de forma repetida, puede causar deshidratación y desequilibrios electrolíticos, principalmente en niños y ancianos. También puede causar asfixia si se introduce por las vías respiratorias (lo que se conoce como aspiración), siendo un riesgo asociado a los estados en los que la consciencia del paciente está disminuida.

Otras complicaciones de los vómitos son alteración de la presión arterial, taquicardias, arritmias, daño renal, formación de cálculos renales, daño del esmalte dental, esofagitis, gastritis o hernia de hiato. Para reducir las náuseas y la frecuencia de los vómitos se emplean medicamentos antieméticos. Si los vómitos son frecuentes es preciso aumentar la ingesta de líquidos e incluso emplear fluidoterapia con suero. Las náuseas cuando no son frecuentes, también se pueden calmar aplicando compresas frías en las muñecas, cuello, cara, etc. así como chupando porciones de hielo.

En ocasiones es necesario provocar el vómito para la cual se utiliza jarabe de ipecacuana. Sin embargo, lo recomendable es no provocarlo, especialmente cuando la consciencia del paciente está disminuida y en caso de intoxicaciones con sustancias corrosivas o derivados del petróleo. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de informar al resto de profesionales del equipo sobre las características del vómito y la cantidad del mismo, al objeto de que el paciente reciba un diagnóstico y un tratamiento correcto.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

- Ampliar los conocimientos de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que desempeñe sus funciones en una unidad de aparato digestivo, ya que los vómitos son frecuentes en las patologías digestivas.

Como objetivo secundario:

- Reflejar los apoyos y ayudas en sus funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

Se consultaron temarios para la preparación de exámenes de las Ofertas Públicas de Empleo para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería convocadas por los diferentes servicios de salud, respectivamente; así como libros del Ciclo Formativo de Grado Medio de Cuidados Auxiliares de Enfermería. También se hizo uso del buscador Google Académico para localizar bibliografía sobre la temática del trabajo.

Las palabras clave empleadas para dicha búsqueda fueron: náuseas y vómitos.

4 Resultados

El vómito puede aparecer como síntoma de diversas enfermedades, tanto del aparato digestivo como relacionadas con otras partes del organismo (lesiones cerebrales, lesiones oculares, etc.). Las causas digestivas del vómito pueden ser funcionales (alteraciones alimenticias o en la técnica de alimentación que provocan aerofagia) u orgánicas (alteraciones en el aparato digestivo: hernias, oclusiones, estenosis, etc.)

Las causas extradigestivas abarcan infecciones, enfermedades metabólicas, enfermedades neurológicas, anorexia y bulimia, entre otras.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe observar las siguientes características relacionadas con el vómito:

- La cantidad
- La frecuencia
- El olor: agrio o rancio. El olor a manzana alerta de acetonemia. La acetonemia es la presencia de gran cantidad de acetona o cuerpos cetónicos en sangre.
- La forma de iniciarse y producirse: si es precedido de náuseas o no. Cuando no se presenta precedido de náuseas el contenido sale de forma repentina y con fuerza. Este tipo de vómito se conoce como “vómito en escopeta” y es típico de procesos neurológicos (tumores cerebrales, meningitis, hipertensión intracraneal, etc.).
- El contenido. Vómitos acuosos: son de color claro, sabor ácido y olor intenso. Son de contenido gástrico. Vómitos biliosos: son de color amarillo-verdoso, dejan un sabor amargo en la boca y están constituidos por bilis. Vómitos purulentos: contienen pus del aparato digestivo o respiratorio. No son frecuentes. Vómitos alimenticios: contienen alimentos en fase de digestión. Vómito hemático o hematemesis: vómito de sangre procedente del aparato digestivo. Puede ser de color rojo intenso o negro. Vómito en posos de café: vómito hemático que presenta grumos que le dan una apariencia de posos de café. Vómito fecaloide: líquido oscuro que puede contener restos fecales procedentes del intestino. Su olor es fétido.

Suele presentarse en obstrucciones del intestino grueso en las que las heces no se pueden expulsar por el ano.

5 Discusión-Conclusión

La salida por la boca del contenido gástrico de una forma espasmódica y violenta es lo que se conoce como vómito o emesis. Este se presenta asociado a diversas patologías, muchas de ellas relacionadas con el aparato digestivo (vómitos biliosos, vómitos fecaloides, vómitos hemáticos) aunque también con patologías de otra índole como los tumores cerebrales o el aumento de la presión intracraneal por traumatismo.

Así pues, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que desempeñe sus funciones con pacientes con patología digestiva debe conocer las causas que lo provocan, así como sus características (frecuencia, cantidad, contenido...) y el procedimiento de actuación a seguir en caso de que un paciente lo presente. El objetivo de llevar un control de los vómitos del paciente es diagnosticar y/o tratar correctamente la patología que lo provoca.

6 Bibliografía

1. Pérez de la Plaza, E., Fernández Espinosa, A.M. (2013): Técnicas Básicas de Enfermería. Mc Graw- Hill.
2. Guillamas, C. Gutiérrez, E. Hernando, A. Méndez, M.J. Sánchez-Cascado, G. Tordesillas, L. (2011): Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Editorial Editex.
3. Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA. Temario Vol. II. Editorial CEP (2018).

Capítulo 28

EL PIE DIABÉTICO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO

BEATRIZ COLLADO RUIZ

VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS

CELIA CALERO MATAS

GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, en el mundo hay 422 millones de personas con Diabetes Mellitus y en el año 2030, las muertes por diabetes podrían multiplicarse por dos. El diagnóstico y una detección precoz es clave para las diabetes de todo tipo, porque más de la mitad de los pacientes con diabetes pueden no tener síntomas, pudiendo ser considerado el pie diabético, un marcador pronóstico de la enfermedad. Junto al diagnóstico y detección precoz, los cuidados de enfermería son otro punto clave en la enfermedad del pie diabético, ya que proporcionan una atención muy específica.

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es fundamental dentro del equipo multidisciplinar que debe abordar este grave problema de salud. El pie diabético es cuando se forma heridas en el pie de pacientes con Diabetes Mellitus.

Surge cuando la glucosa en la sangre es inadecuada y termina apareciendo un roce o herida que deriva en una úlcera por lo que es muy importante que se vigilen los pies de las personas con diabetes para tratarlos precozmente. Suele aparecer en alrededor del 20% de las personas con esta patología. Es una de las principales complicaciones que pueden tener las personas diabéticas.

La neuropatía diabética o “mal perforante plantar”, de hecho, es el primer factor de inicio de úlcera (junto con pequeños traumatismos y deformidades del pie). Dichas úlceras se infectan fácilmente y esto junto con los problemas de circulación y afectación de nervios y vasos sanguíneos, aporta menor cantidad de sangre a los tejidos pudiendo conllevar a gangrena y al corte de esa parte por los servicios de vascular.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar qué es la enfermedad del pie diabético, sus síntomas, medidas preventivas.

Objetivo secundario:

- Describir el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en su prevención y tratamiento.

3 Metodología

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

Para la realización del presente trabajo se ha hecho una revisión bibliográfica en diversas páginas web especializadas en la materia, así como en los buscadores Pubmed, Scielo. También se han consultado artículos procedentes de publicaciones académicas.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, neuropatía, pie diabético, plan de cuidados entre otros.

4 Resultados

El pie diabético aparece principalmente cuando los niveles de glucosa en sangre son inadecuados (Diabetes Mellitus), además de otros factores asociados como

Hipertensión arterial o Hipercolesterolemia. Todo esto provoca daños en los vasos sanguíneos y en los nervios, llegando a darse complicaciones en las extremidades inferiores, dando lugar a la aparición de heridas o úlceras que se infectan. El síntoma y signo principal del pie diabético es la aparición de roces y heridas en el mismo siendo primordial su control y cuidado por los profesionales sanitarios. Los síntomas habituales suelen ser:

- Cosquilleos y calambres.
- Ausencia de sensibilidad en los pies siendo este el riesgo más importante.
- Conversión de heridas en úlceras pueden aparecer en la planta de los pies o en zonas cercanas al hueso (nudillos y dedos, sobre todo). Además de los mencionados síntomas, también puede haber problemas en los pies y piernas relacionados con la diabetes como:
- Infecciones y úlceras que no sanan (esta es una complicación muy grave).
- Los callos o pieles endurecidas: los trata el podólogo como profesional de ello.
- Piel seca y cuarteada, causada por la mala circulación y la neuropatía.
- Anomalías en las uñas: uñas encarnadas, que crecen en curva, infecciones micóticas. • Dedo del pie en martillo y juanetes causados por daños neurológicos.
- Pie de Charcot (afección bastante grave, caracterizada por el debilitamiento de los huesos del pie, hasta tal punto que los huesos pueden llegar a fracturarse, pudiendo presentar una deformidad importante, incapacidad e incluso amputación).
- Circulación sanguínea deficiente causando muerte del tejido. Para evitar que aparezca el pie diabético es muy importante llevar un programa de prevención, donde lo primero y más importante es hacer entender al paciente diabético y sus consecuencias.

Entre las medidas preventivas que debe llevar el paciente diabético, están:

- Control riguroso de los niveles de glucosa.
- Inspeccionar diariamente los pies.
- Lavar los pies de forma regular con agua tibia.
- Secar bien los pies, haciendo hincapié en los espacios interdigitales.
- Hidratar bien los pies.
- Cortar y limar las uñas en línea recta.
- Cuidado de cualquier alteración en el pie por el podólogo.
- Inspeccionar los zapatos antes de ponérselos para que no haya nada que cause roces o heridas.
- Evitar el calzado apretado. De este modo, el papel del equipo de enfermería es fundamental en el abordaje este grave problema de salud, donde las actividades educativas e intervenciones dirigidas a la promoción y la prevención de la salud como base para esta y otras patologías.

La labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, al estar en contacto directo con los pacientes, será de gran importancia en la identificación de los pacientes con más riesgo mediante la observación diaria de la integridad de la piel. Entre las tareas del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la enfermedad del pie diabético están:

- Informa al paciente a través de la educación para la salud, sobre la prevención y cuidado del pie diabético.
- Participar junto al equipo de enfermería, en la elaboración de un Plan de Cuidados Generales.
- Proporcionar los cuidados correspondientes al paciente con pie diabético.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el pie diabético es una complicación grave de la diabetes, con mal control metabólico habitual, que se caracteriza por la infección, ulceración y la destrucción de los tejidos profundos, asociado a alteraciones neurológicas en las extremidades inferiores. Por lo tanto, un mal cuidado de esta patología lleva consigo que pueda surgir un pie diabético.

De tal manera que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que desarrolle sus funciones en la planta de cirugía vascular debe estar formado y capacitado para apoyar en las curas de este tipo de patologías como la empatía ante las situaciones de amputaciones a las que se enfrenta en su labor diaria.

En conclusión final, el cuidado del pie diabético será llevado a cabo por todo el equipo de enfermería, donde la figura del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería adquiere un papel relevante al ser el profesional que está más en contacto directo con el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/diabeticfoot.html>.
2. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/pie-diabetico#>.
3. <https://www.ulceras.net/monografico/97/83/pie-diabetico-tratamiento.html>.
4. <https://fedesp.es/diabetes/complicaciones/pie-diabetico/>.
5. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 29

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EN LA SALA DE REANIMACIÓN

ELENA GARCIA FERNANDEZ DE MARCOS

1 Introducción

Urgencias es uno de los primeros servicios por el cual pasa el paciente cuando necesita atención urgente por alguna emergencia, lesión o incluso pérdida de la vida.

Es importante concienciar a las personas que una alteración de la salud no tiene por qué ser tratada y solucionada inmediatamente, pero ciertas emergencias que sí necesitan más atención que otras.

Estas emergencias se pasan directamente a la sala de reanimación para poder ser atendidas inmediatamente por todo el equipo sanitario.

Aquí el papel del TCAE es fundamental, porque el TCAE es el que ayuda constantemente al equipo de enfermería para todo aquello que necesiten. Preparando el material que vaya a necesitar el equipo de enfermería, colaborando en las técnicas, etc. El objetivo es tratar que el paciente salga lo mejor posible, quedándole de esta manera las menos secuelas posibles.

Cuando el paciente sale de la sala de reanimación, el TCAE es el encargado de recoger y reponer toda la sala de reanimación. Es muy importante que nunca falte

ningún tipo de material, para que en el momento de que haya una emergencia grave, la cual se tenga que pasar al paciente a la sala de reanimación, todo esté listo y en orden para que el trabajo salga efectivo.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE en el servicio de urgencias y en la sala de reanimación.

3 Metodología

El servicio de urgencias es uno de los más importantes . El TCAE desempeña un papel fundamental en este servicio, porque es el que ayuda constantemente al equipo de enfermería, el que se encarga de que no falte nada de material para que el trabajo sea eficiente y, además, el TCAE debe de ser capaz de transmitir al paciente la confianza de que todo va a salir bien y la tranquilidad que necesita el paciente.

4 Resultados

Al servicio de urgencias, el paciente puede llegar, solo o acompañado, en ambulancia o en helicóptero, etc, por lo que, la primera estancia de urgencias para el paciente es el triaje ; en el triaje el enfermero lo va a clasificar dependiendo de su dolencia y lo mandará a la parte que le corresponda.

El TCAE es la primera persona que va a recibir al paciente, por lo que tiene que saber cómo actuar :

- Primero debe recibir al paciente, quitarle la ropa y ponerle un camisón.
- A continuación se le toman las constantes y la temperatura y se deja anotado para que el equipo de enfermería y el médico lo puedan ver y valorar.
- El TCAE debe ayudar al equipo de enfermería en todo lo que necesiten, como pasándoles el material que requieran, ayudando en las analíticas, preparando las bateas con todo el material necesario.
- Además el TCAE tiene que apoyar al enfermo y darle la tranquilidad que necesita para que todo salga correctamente.
- En algunos casos, se les cambia o se les pone el pañal a los pacientes, sobre todo esto se le suele hacer a las personas mayores. Si no llevan pañal, se les puede ofrecer la cuña o la botella. Es importante observar los papeles médicos, por si el

paciente necesita una muestra de orina, cogerla de la cuña o la botella antes de desechar.

- El TCAE también es el encargado de reponer el almacén donde se encuentra todo el material. El almacén se repone cada semana. Cada estantería tiene un número y se coloca haciendo que coincida en número que encuentra en el material que vamos a colocar con el número de la estantería correspondiente. Es muy importante colocar todo perfectamente para que después no haya equivocaciones.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE tiene un papel fundamental en el servicio de urgencias porque es el encargado de revisar y comprobar que no falta ningún tipo de material, ayuda al equipo de enfermería en todo lo necesario para que el trabajo se realice lo mejor posible. El TCAE no solo se debe centrar en el estado físico, sino también en el estado psicológico del paciente, es importante apoyar al paciente y darle la confianza y tranquilidad que necesite para que afronte sus problemas de salud de la mejor manera posible y que no se rinda ante su lesión, emergencia o enfermedad.

6 Bibliografía

1. Internacional C. Atención médica: Diferencia entre una urgencia y una emergencia [Internet]. Clínica Internacional. 2020 [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicainternacional.com.pe/blog/diferencias-emergencia-urgencia/>
2. Seguir E. Cuidados de enfermería en el servicio de urgencias [Internet]. Slideshare.net. [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/EquipoURG/cuidados-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias>
3. Berlowitz, D. (2017b). Prevention of pressure-induced skin and soft tissue injury. Recuperado de <http://uptodates.sescam.csinet.es/contents/prevention-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury>
4. Martínez M, García D. ¿Qué es más eficaz para la prevención de úlceras por presión: cambios posturales o superficies de apoyo? Gerokomos vol.29 no.3 Barcelona sep. 2018
5. Martínez M, García D. ¿Qué es más eficaz para la prevención de úlceras por presión: cambios posturales o superficies de apoyo? Gerokomos vol.29 no.3 Barcelona sep. 2018

6 PAE: Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Aprende en Línea – UdeA [Internet]. [actualizada 30 de Abril de 2016; acceso 11 de enero de 2018] Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>

Capítulo 30

PERSONAS MAYORES Y LEY DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

IRENE PONZ MARTÍNEZ

1 Introducción

España es un país que ha sufrido un envejecimiento en su población desde la segunda parte del siglo XX. Este descenso del crecimiento también está ocurriendo en otros países desarrollados e industrializados. La tasa de envejecimiento en España es muy elevada, siendo la población mayor de 65 años el 17% de la población completa, este dato se espera que vaya en aumento. En la actualidad, la población española se representa a través de una pirámide población con forma de bulbo o hucha, lo que detalla un país desarrollado y envejecido. Las comunidades autónomas españolas con mayor tasa de población envejecida en 2022 son Galicia, Castilla y León, Asturias.

El envejecimiento de la población española se debe al proceso de transición demográfica. En este proceso influyen varios factores. Se produce una disminución de la mortalidad y morbilidad en personas ancianas, aumenta la tasa de esperanza de vida (acorde a mejores condiciones de vida, mejoras a nivel sanitarios y a los avances en tecnología sanitaria), disminuye la tasa natalidad (descenso de los nacimientos debido al cambio del rol social de la mujer y mejora de la educación) y existen cambios en los flujos migratorios.

Como se ha comentado, este problema lleva años de evolución y el Gobierno de España creó una ley para abordar esta dificultad poblacional en el año 2006.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es conocer los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el personal sanitario en relación a las personas que presentan tasa de dependencia en España.

3 Metodología

Para la redacción del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica. Esta revisión bibliográfica se ha realizado consultando páginas oficiales de organismos autónomos españoles, libros y bases de datos científicas: Pubmed, Medline y Scielo. Por último se han seleccionado los artículos científicos más adecuados para la confección de dicho capítulo.

4 Resultados

La dependencia y discapacidad son conceptos relacionados en personas mayores de 65 años.

La discapacidad es la limitación que se tiene a nivel funcional o cognitivo en un entorno concreto, teniendo en cuenta el ambiente social, se expresa en tantos por ciento.

La dependencia es una situación permanente derivada de la edad o patologías en la que las personas precisan ayuda de otras personas para llevar a cabo actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. La dependencia se contabiliza en grados. Existen tres grados de dependencia, precisando mayor ayuda cuanto más alto es el grado de dependencia.

En la actualidad, y en aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia la solicitud de valoración de dependencia se realiza a nivel telemático a través de los servicios sociales de la comarca o municipio donde residen las personas, centro en el que reciben información y asesoramiento sobre la materia. Esta solicitud se acompaña de diferentes documentos destacando una fotocopia del DNI, datos bancarios, datos acerca de representante legal si existe y las preferencias acerca de los servicios que desea obtener. El grado de dependencia se obtiene tras una evaluación exhaustiva por parte de una persona formada en el tema. Posteriormente se elabora por parte de las direcciones provinciales la resolución del programa individualizado de atención, en este documento indica el servicio que va a obtener la persona solicitante, teniendo en cuenta sus preferencias y el

informe preceptivo del trabajador social de la zona. Los recursos a los que una persona con dependencia puede acceder son: servicio de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, acceso a centros de día y de noche, internamiento en centros residenciales o prestación económica. En caso de que la situación de la persona empeore, se debe solicitar una revisión a instancia de parte de la situación de dependencia.

5 Discusión-Conclusión

España es un país envejecido, siendo las principales comunidades autónomas con mayor tasa de envejecimiento Galicia y Castilla-León. Esta situación parece que va a seguir empeorando.

Este envejecimiento de la población se debe a diferentes cambios socioeconómicos, culturales y sanitarios. Este envejecimiento genera discapacidad y dependencia, lo que conlleva un aumento de la demanda de cuidados debido a mayor vulnerabilidad. En la mayor parte de las ocasiones estas personas necesitan vivir en casa de otros familiares, tener cuidadores o ser institucionalizados en residencias para mayores.

El Gobierno de España creó en 2006 la ley de dependencia para abordar el problema tanto sanitario como social que está generando la alta tasa de ancianos con discapacidad y dependencia que existe en nuestro país.

6 Bibliografía

1. Abades M, Rayón E. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social?. *Gerokomos*. 2012; 23(4): 151-155.
2. Casado-Marín D. La atención a la dependencia en España. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):135-42.
3. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, número 299, (15 de diciembre de 2006).
4. Instituto Nacional de Estadística. [Internet] [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1452>.

Capítulo 31

ATENCIÓN FARMACÉUTICA UNA URGENCIA SANITARIA

TAMAR BLANCA SERRANO

1 Introducción

¿La sociedad española conoce la atención farmacéutica? Pregunta que se hacen los farmacéuticos comunitarios habitualmente, es una urgencia sanitaria que los pacientes conozcan en qué consiste ya que cada día está más implantado en la farmacia. En España la farmacia comunitaria está sufriendo un proceso de cambio continuo, en los últimos es cuando ha alcanzado una gran evolución profesional como para asegurar que la atención farmacéutica ya es una realidad. Evolución de la farmacia que se acerca al paciente, actividad orientada hacia la mejora del paciente y siempre respetando las funciones del resto de profesionales sanitarios.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA se define como la práctica con la que el profesional de la farmacia colabora con la mejora de la calidad de vida del paciente. El farmacéutico es responsable de cubrir las necesidades que el paciente necesita en relación con los medicamentos [1] y los farmacéuticos que son los especialistas en el medicamento y por ello son los que realizan un papel importante en la detección de problemas relacionados con los medicamentos.

Los beneficios de la atención farmacéutica hacia el paciente [2] se pueden resumir en:

- Fidelización de paciente.

- Ayudar a la farmacia a ser diferente respecto a otras farmacias.

Otra forma de describir la atención farmacéutica nos la aportan el CACOF y los colegios profesionales farmacéuticos.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA es la colaboración activa del farmacéutico hacia el paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento, cooperando con otros especialistas sanitarios para conseguir resultados y que mejore la calidad de vida del paciente [3], proporcionan buena salud y ayudan a prevenir las enfermedades.

Además hay que tener en cuenta los significados [3] específicos de:

-SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO, es cuando el farmacéutico informa a los pacientes del buen uso de los medicamentos, de forma clara y concisa, para asegurar que lo realizan correctamente.

-DISPENSACIÓN, es el servicio habitual del farmacéutico, donde se vende el medicamento prescrito pero recibiendo la información adecuada. En el modelo tradicional de farmacia, el farmacéutico sólo realizaba consejo farmacéutico pero en la atención farmacéutica el farmacéutico se implica más con sus pacientes, informando y controlando el buen uso de los mismos.

Se pretende una modificación de la imagen del farmacéutico como personal sanitario y por ello asesor activo y cercano de la salud.

Dar la imagen del farmacéutico en varios puntos fundamentales:

*Formación: Actualización del profesional farmacéutico, para solucionar las preocupaciones de los pacientes, aconsejarles y advertirles sobre posibles riesgos.

*Personalización: Proporcionar un trato personalizado a cualquier paciente que entre en la farmacia. Se trata de mostrar empatía sobre lo que nos cuenta.

*Seguimiento terapéutico: Detectar los problemas que puedan surgir alrededor de los tratamientos y los diferentes medicamentos, muy importante en patologías crónicas. *Comunicación: Es importante en la labor del farmacéutico donde se usará una forma de hablar sencilla para que los pacientes puedan entenderlo correctamente.

Son medidas eficaces para detectar y reducir errores de medicación de los pacientes. Lo que implica que sea más fácilmente posible el mejorar en su patología.

2 Objetivos

Concienciar a la sociedad que los farmacéuticos realmente son profesionales sanitarios. Realizar atención farmacéutica para hacer seguimiento de medicación en activo con los pacientes, principalmente crónicos, para controlar que realmente conocen su enfermedad y la toma se realiza de forma correcta para evitar posibles problemas secundarios

3 Metodología

Los pacientes realizan una consulta al farmacéutico sobre un problema de salud o sobre la medicación que está tomando ya que el farmacéutico es un profesional sanitario cercano y al ser accesible es el profesional más adecuado para solventar dudas. El farmacéutico dispondrá de una zona habilitada para entrevistar al paciente, donde se recogerá la información adecuada que necesitamos saber sobre qué le ocurre al paciente y qué podemos ayudar solventar, para ello el paciente deberá informar sobre que le preocupa de salud, qué siente. Se realiza una evaluación del problema planteado y de la medicación que está tomando en el momento.

El farmacéutico tomará la decisión correspondiente frente a la información que ha escuchado del paciente, le recomendará fitoterapia o medicamentos sin receta y cambios en su estilo de vida que considere adecuadas para el caso a tratar. Con ello se posibilita al paciente a disponer de tener terapias complementarias de su patología para mejorarla fuera o conjunta a su medicación habitual.

Se derivará al médico u otros profesionales de la salud si fuera necesario

Se pretende responder a las expectativas del paciente: Tratando al paciente con profesionalidad, seguridad y eficiencia en el trabajo, además siendo totalmente confidencial entre el farmacéutico y el paciente.

Se podrá asegurar que el paciente sale de la farmacia con la información escrita, completa y adecuada de lo que sucede con su enfermedad para que pueda consultarla con posterioridad o mostrarla a otros profesionales sanitarios en caso de duda.

Con ello se demostrará que la farmacia no es una simple tienda donde se compran medicamentos si no que es un centro sanitario donde se puede conseguir información para mejorar la salud.

4 Bibliografía

- 1.-Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Foro de Atención Farmacéutica – Farmacia Comunitaria. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2021/02/2021-guia-practica-spfa.pdf>
- 2.-Atención al cliente en la farmacia: importancia, beneficios y claves. Concep by Glinntt. Disponible en: <https://www.concep.es/atencion-cliente-farmacia-importancia>

3.- Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, y aceptada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Definición de 2022

Capítulo 32

RADIOGRAFÍA DEL CODO EN URGENCIAS

JAIME MANRIQUE DIAZ RUBIERA

1 Introducción

Las imágenes radiológicas del codo incluyen la evaluación de tres articulaciones concretamente que serían la articulación húmero cubital, la articulación humero radial y la articulación radiocubital proximal , el correcto funcionamiento de dichas articulaciones permite la movilidad del codo y la de la mano.

La serie mínima de radiografías para realizar una correcta evaluación del codo serían las proyecciones anteroposterior y lateral a veces también se realizan las oblicuas para descartar ciertas patologías. Cabe recordar que la radiografía de codo es un estudio seguro e indoloro en la cual se utiliza una pequeña cantidad de radiación para obtener la imagen de la misma . Esta imagen permite ver los tejidos blandos y los huesos del codo los cuales incluirían el húmero, el radio y el cúbito

Las razones por las que se realizarían este tipo de radiografías serían varias que podrían ser entre ellas detectar la causa de síntomas comunes, como el dolor, sensibilidad, hinchazón o deformidad además también permite detectar, pues que haya fractura de huesos o la articulación en este caso del codo dislocada , también se utilizaría para placas de control es decir una vez colocado el yeso tras una fractura o un o una luxación, pues comprobar que esté todo correcto e incluso también se utiliza en cirugía es decir para evaluar los resultados de una operación ,se le daría el nombre de placa postquirúrgica

2 Objetivos

Exponer la realización de una radiografía de codo en urgencias.

Plantear todos los problemas que puedan surgir al técnico superior en imagen para el diagnóstico a la hora de realizar su labor.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar antes de realizar las radiografías de codo necesarias es necesario una mínima preparación del paciente es decir quitarse todas aquellas cosas que puedan impedir que se realice bien la radiografía como algún tipo de metal que esté en la zona que se va a hacer la placa etcétera luego aparte de eso habría que tener presente si es mujer saber si está en edad de fértil preguntar la posibilidad de que esté embarazada, ya que con lo cual o no se realizaría la placa o si fuese imprescindible habría que protegerla de manera que no le afectase la radiación

Una vez dicho esto, pues se comenzaría a realizar las radiografías lo primero que habría que hacer sería colocar al paciente de la forma adecuada según la proyección que se tuviese que realizar normalmente se hacen dos básicas que sería la antero posterior y luego a continuación la lateral, en la proyección antero posterior se colocaría al paciente con el brazo extendido con la palma hacia arriba y en la lateral se doblaría el codo en una posición lateral hasta los 90 grados

Luego en caso de duda sobre todo en traumatismos de codo que son lo que habitualmente se ve en urgencias también se pueden realizar las proyecciones oblicuas del codo uno sería se realizaría en proyección AP oblicua como una rotación lateral es decir se rota la mano en sentido lateral con el fin de situar la cara posterior del codo a un ángulo de 45° y a continuación se realizaría la oblicua contraria con una rotación del codo medial de 45°

En caso de duda también se podrían utilizar otro tipo de métodos de diagnóstico radiológicos aparte de la radiología convencional se podría disponer de un ecógrafo también del escáner o de la resonancia magnética.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico superior en diagnóstico para la imagen es clave dentro del servicio de urgencias a la hora del diagnóstico de las fracturas , luxaciones etc. del codo del que estamos hablando en este caso, ya que la buena praxis o realización de las placas llevarían a un diagnóstico certero mientras que de lo contrario llevaría el error y podría dar lugar a una serie de problemas.

El palpe en el papel del técnico superior en diagnóstico para la imagen es muy importante en tres puntos fundamentales: primero la preparación del paciente que sea la correcta para que la proyección salga bien , segundo la utilización adecuada de las técnicas necesarias para que esas placas salgan bien y por último la protección del paciente ante esa radiación que aunque siendo mínima debe de protegerse.

6 Bibliografía

1 . Antebrazo, codo y humero - Slideshare . Disponible en : <https://es.slideshare.net>

› PaulaFrancia › antebrazo-codo.

2 . Radiografía: codo - Connecticut Children's . Disponible en :<https://www.connecticutchildrens.org>

› parents › xray-e...

3 .El codo | Imagenología para el profesional en ciencias de la ... Disponible en :<https://accessmedicina.mhmedical.com>

› content

Capítulo 33

REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP)

CARLOTA ÁLVAREZ CARBAJAL

1 Introducción

Una reanimación cardiopulmonar o RCP se conoce como una actuación de emergencia para salvar vidas, la cual se va a realizar cuando alguien ha dejado de respirar o el corazón ha dejado de palpar. En esta situación puede ser que nos encontremos ante un ataque cardíaco o un ahogamiento.

La asociación americana del corazón aconseja empezar una RCP con compresiones fuertes y rápidas, independientemente de si la persona a realizarlo está formada o capacitada, ya que la diferencia entre realizarla o no, puede salvar la vida de una persona. La RCP combina respiración boca a boca, la que da oxígeno a los pulmones y compresiones torácicas que ayudan a conservar la sangre oxigenada hasta que llegue la ayuda médica capacitada.

En algunas situaciones podemos tener un desfibrilador externo automático (DEA), este es un dispositivo electrónico que puede analizar el ritmo cardíaco para decidir si es necesario proporcionar una descarga a una persona accidentada. La mayoría de los paros cardíacos ocurren en adultos, pero podemos encontrarnos estas situaciones en un niño o adolescente.

En la práctica, la técnica en la maniobra de RCP consistiría en una secuencia 30:2 (30 compresiones y 2 insuflaciones) a un ritmo de 100 compresiones por minuto.

2 Objetivos

- Dar a conocer los fundamentos básicos de reanimación cardiopulmonar y el protocolo de actuación ante una emergencia
- Saber las diferencias entre las técnicas para adultos y en niños

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para empezar a realizar la maniobra de RCP debemos valorar si la víctima se encuentra consciente y preguntarle si está bien. En primer lugar si responde, no la muevas y a continuación llama al 112, si alguien te acompaña este se encargará siempre de la llamada, aprovechar el tiempo es importante para minimizar los daños.

En caso de que la persona accidentada no responda, se le colocará en posición de reanimación boca arriba y con el tórax descubierto. La maniobra que se realizará a continuación se conoce como frente-mentón, en la cual colocaremos una mano en el mentón de la víctima y la otra en la frente de manera que consigamos estirar el cuello impidiendo que la lengua obstruya la vía aérea.

Después de esta valoración nos debemos de acercar a la víctima para ver si respira, de ser así la colocaremos en posición lateral de seguridad (PLS), si no respira comenzaremos la RCP. Realizaremos 30 compresiones para después, dos insuflaciones seguidas. Es importante saber que no haremos la RCP si observamos que la víctima ha fallecido o han pasado más de 10 minutos desde la parada cardiorrespiratoria.

El procedimiento para ejecutar esta maniobra, a un niño con edad comprendida desde un año hasta la pubertad es exactamente el mismo que para un adulto. En el caso de un bebe, se comprimirá el pecho con cuidado hasta, aproximadamente unos 4 centímetros frente a los 5 centímetros en el caso de adultos.

Por otro lado, en las insuflaciones usaremos la fuerza de las mejillas para dar inhalaciones suaves de aire en contraposición a un adulto donde se realizan de respiraciones profundas de nuestros pulmones. En toda esta actuación podemos contar con la ayuda telefónica de los servicios de emergencias hasta su llegada.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra vida diaria o incluso en nuestro trabajo nos podemos desgraciadamente encontrar con situaciones de emergencia en las que saber cómo actuar es fundamental. Para ello una formación básica sobre la reanimación pulmonar (RCP) salva vidas, porque el tiempo corre a favor en esas situaciones.

En los centros de trabajos, no solo los sanitarios, también es importante el conocimiento de la mencionada maniobra frente-mentón. Dónde los servicios de salud laboral tienen un papel importante en conseguir que todo el personal tenga a su alcance toda la información disponible.

La RCP puede evitar la lesión de los órganos vitales, como el cerebro y el corazón. Puede salvar vidas y sobre todo y más importante, cada uno de nosotros podemos ser los héroes de una situación de emergencia.

6 Bibliografía

- 1) [https://www.mayoclinic.org/es-es/first-aid/first-aid-cpr/basics/art-20056600#:~:text=La%20reanimaci%C3%B3n%20cardiopulmonar%20\(RCP\)%20es,una%20persona%20se%20han%20detenido](https://www.mayoclinic.org/es-es/first-aid/first-aid-cpr/basics/art-20056600#:~:text=La%20reanimaci%C3%B3n%20cardiopulmonar%20(RCP)%20es,una%20persona%20se%20han%20detenido).
- 2) <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000010.htm>
- 3) <https://cinfasalud.cinfa.com/p/reanimacion-cardiopulmonar/>
- 4) <https://www.formacionysalud.com/emergencias/cursos-de-reanimacion-cardiopulmonar-rcp/>

Capítulo 34

EL CELADOR Y LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON

MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

ÁNGEL NOTARIO GARRIDO

MARIA ISABEL MADRIGAL COBO

1 Introducción

La población española es una de las que más ha envejecido en las últimas décadas, también es debido al descenso de la tasa de natalidad debido a una crisis económica y que la tasa de mortalidad entre las personas es muy baja, ya que la esperanza de vida ha aumentado debido a los progresos y avances médicos. Los seres humanos viven más años, por eso mismo están en constante aumentando las enfermedades ligadas al envejecimiento, entre las que nos llegamos a encontrar el alzhéimer o demencia senil.

El celador que presta sus funciones dentro del servicio de geriatría, debe de tener unos conocimientos adecuados sobre el trato y los cuidados especiales que necesitan estos pacientes, así como tener cierta empatía con ellos, para que mientras dure su estancia en un centro hospitalario, sea lo más agradable posible en él.

El celador es uno de los trabajadores esenciales dentro de las Instituciones Sanitarias, ya que presta una atención sanitaria de forma correcta a los pacientes

mayores, los cuales necesitan ser hospitalizados, así como los que ya se encuentran ingresados en un centro hospitalario, centros de salud, residencias geriátricas, movilización continua, acomodar a los pacientes o ayudando a los auxiliares a realizar tareas cotidianas como asear pacientes, alimentarlos y atender todas sus necesidades o derivar las consultas al personal correspondiente.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo serán los de conocer las funciones principales de un celador ante un paciente geriátrico.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El tipo de paciente geriátrico es uno de los cuales necesita un tipo de cuidados adecuados psicológicos y físicos, ya que esos se pueden alargar durante más tiempo que cualquier otro tipo de pacientes, ya que estos pacientes tienen un mayor grado de sensibilidad, por eso el celador ayudara a que el trabajo que realizan sea de mayor calidad, ya que en contados casos el papel psicológico, es fundamental, ya que hará que un paciente colabore o no y, lo que conlleva a que sea más pronta su recuperación.

Un celador que trabaja con este tipo de pacientes, no tiene la responsabilidad de diagnosticar la enfermedad, ni mucho la de tratar esta enfermedad, su único fin es ayudar al personal médico y brindarle y prestarle un servicio de apoyo, entre los que serían ayudar con los ejercicios de rehabilitación para los ancianos que padecen ciertas secuelas o que tengan movilidad reducida.

Para trabajar en este tipo de unidades y servicios, el celador debe de contar y tener una serie de habilidades, entre las cuales se encuentran:

- Tendrán la capacidad de observar el lenguaje no verbal, lo cual les ayudara a saber en cualquier momento una situación dolorosa y realizarla en el menor tiempo posible.

- Entender que cada paciente es muy diferente y que no se les puede tratar a todos los por igual manera, por eso serán capaces de analizar cada una de las situaciones, para entender que le funciona y va bien para un tipo de personas puede ser que no lo sea para otras.
- Deben de tener una sensibilidad e intentar comprender que siente la otra persona.
- No tienen que tener un punto extremista, deben de intentar dentro de la gravedad y dentro de sus funciones, explicar en todo momento todos los procedimientos a la hora de mover y realizar de la mejor manera para que el paciente se sienta de la forma más cómoda posible.
- Deben ser respetuosos y tolerantes, siempre midiendo su vocabulario, aunque el paciente no llegue a colaborar por su condición.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe poseer y tener ciertos conceptos básicos sobre este tipo de enfermedades y de pacientes, ya que suelen ser muy comunes en pacientes ancianos, pero para otro tipo de tareas más concretas de los cuidadores, deberán hacer más hincapié y prestar más atención a este tipo de trastornos mentales, como son la demencia o la depresión, para mejorar la calidad en los cuidados del paciente geriátrico.

El celador debe contar con una correcta formación, lo cual ayudara a que el ambiente sea más tranquilo, agradable, o respetuoso, junto con una colaboración entre todo el personal sanitario y no sanitario, la cual será más satisfactoria para los pacientes.

6 Bibliografía

Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 5 de julio de 1971. www.revistamedica.com
www.scielo.org

Capítulo 35

EL CELADOR DE PLANTA Y SUS PRINCIPALES FUNCIONES

MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON

MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

ÁNGEL NOTARIO GARRIDO

MARIA ISABEL MADRIGAL COBO

1 Introducción

Las Plantas son las zonas del hospital donde ingresan los pacientes y estas están repartidas en diferentes pisos donde se encuentran las habitaciones de los enfermos. La función de estas unidades es dar una atención especial y asistencial con el fin de proporcionar la comodidad de los enfermos, así como un diagnóstico y tratamiento.

El hospital es el centro en el que se va a prestar atención y asistencia a los enfermos bien por los médicos, el personal de enfermería, los auxiliares y de otros servicios durante las 24 horas todo el año.

En las Plantas encontraremos 8 zonas a distinguir: las habitaciones, los pasillos, la zona de control, el office, el cuarto de ropa sucia y residuos, el almacén de lencería y la sala de estar.

La habitación de cada paciente cuenta con toma de oxígeno y otra para el sistema de vacío, dispone de un timbre para que en caso de emergencia el paciente

lo toque, una mesilla adaptable, un sillón, la cama normal u ortopédica para adoptar diferentes tipos de posturas, una cuña, batea, televisor y ventana para iluminación natural 1.

En cuanto a la distribución del personal en planta: se encuentran la supervisora, las enfermeras, los auxiliares las cuales reparten las tareas, por otro lado pacientes y los celadores que se encargarán de los traslados y movilizaciones de los pacientes, y por último el personal de limpieza y de mantenimiento.

2 Objetivos

Presentar las diferentes funciones que desempeña el celador en una planta de hospitalización.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Las funciones que desempeña el celador en una planta son las siguientes:

1-Prestará los servicios de guardia que le corresponda y siempre en orden a los turnos que se le otorguen.

2-Ayudará al personal sanitario en todas las movilizaciones y las trasferencias de los pacientes.

3-Invitará a abandonar de la institución o centro a todos aquellos visitantes que no justifique la permanencia en la misma, siempre de manera educada. Además controlará la entrada y salida de los visitantes.

4-Vigilará la correcta conservación de los materiales y enseres del centro.

5-Llevarán los informes tanto verbales como escritos a los servicios que les sean ordenados por sus superiores con diligencia y rapidez 1.

6-Prestarán servicios de ascensoristas siempre y cuando se le asigne este cometido.

7-Instalará a los enfermos cuando lleguen a planta, siempre con ayuda del Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería.

8-Trasladará a los pacientes a otros servicios o consultas.

9-Transportara y colocara la botella de oxígeno a la cabecera de la cama siguiendo instrucciones del personal de enfermería.

10-Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos.

11-Realizarán, excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa.

12-Ayudará en la colocación o retirada de cuñas a los Técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería por circunstancias especiales.

13-Trasladará aparatos y mobiliario.

14-Ayudará a las enfermeras a amortajar a los pacientes fallecidos vistiéndolos con una sábana antes de trasladarlos al mortuario.

-Por último estarán siempre localizados.

Además para garantizar un buen desarrollo en el funcionamiento de una planta de hospitalización el celador debe estar debidamente preparado y bien formado en los protocolos de actuación 1.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión hemos visto en este capítulo que los celadores en una planta se encargarán de la movilización y traslado de los pacientes, transportarán mobiliario de un sitio a otro como es el caso de camas, sillas de ruedas, camillas, aparatos médicos etc. Además para garantizar un buen desarrollo en el funcionamiento de una planta de hospitalización el celador debe estar debidamente preparado y bien formado en los protocolos de actuación 2.

El celador es imprescindible en los equipos de trabajo en una planta de hospitalización; se requiere saber trabajar en equipo, ser dinámico, tener paciencia, y sobre todo empatía, ya que nos podemos encontrar con diferentes tipos de personas como son las personas con problemas sociales, problemas psíquicos, físicos o todo lo contrario personas que solamente se encuentran en una situación patológica, pero que precisan atención como por ejemplo las personas mayores 4.

6 Bibliografía

www.scielo.org

Wikipedia www.celdores.org

Capítulo 36

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON

MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

ÁNGEL NOTARIO GARRIDO

MARIA ISABEL MADRIGAL COBO

1 Introducción

La unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), también se le conoce como a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se trata de unos de los servicios que se especializa en la vigilancia, control y en la asistencia, de los pacientes que se encuentran en estado crítico. La UCI se trata de un tipo de instalación especial, que está ubicada dentro de un área hospitalaria, la cual proporciona medicina intensiva. En ella están ingresados los pacientes que tienen una patología con nivel alto de gravedad, el cual supone un peligro potencial, vital o actual, que requiera de una monitorización constante de los signos vitales y de otros parámetros, sobre todo una atención especializada las 24 horas del día.

En la Unidad de Cuidados Intensivos, se presta vigilancia continuada de los pacientes que están internados en ella, sobre todo en sus funciones vitales si su vida corre peligro. Dentro de ella podemos encontrar varias unidades especializadas,

según el tipo de patología, se les llama boxes, por eso nos encontramos diferentes dentro de la Uci, como son cirugía general, grandes quemados, cardiología, politraumatizados, entre otros.

El Celador que presta sus funciones dentro de la Uci, debe estar muy preparado, ya que los enfermos ingresados, tienen diferentes características, sobre todo en cuanto a la realización de los cambios posturales, pues debe tener sumo cuidado a la hora de realizarlos.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo serán conocer las funciones de un celador dentro de la Unidad de Cuidados Intensivo (UCI).

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Las principales funciones de los celadores de la Unidad de Cuidados Intensivos, son:

- Llevar y recoger el material a esterilizar.
- Recoger las bolsas de hemoderivados al banco de sangre y devolver los usados.
- Establecer al comienzo de cada turno junto al personal de enfermería los objetivos del día, altas programadas, traslados, pruebas complementarias, etcétera.
- Realizar, junto a enfermería y auxiliares de enfermería, las labores de higiene del paciente.
- Asegurar el aprovisionamiento de balas de oxígeno creando parte a mantenimiento.
- Conocer los protocolos acerca del material fungible.
- Rellenar la hoja de objetos personales de los pacientes y llevarlos a seguridad.
- Trasladar a los pacientes a otros servicios intrahospitalarios, siempre acompañado del personal de enfermería, llevando consigo toda la documentación clínica del paciente.

- Poner en los boxes el material fungible necesario para pacientes en aislamiento.
- Ayudar a la movilización de los pacientes.
- Conocer la normativa vigente en materia de seguridad y salud laboral para una correcta manipulación de aparatos, equipamientos y productos.
- Ayudar a la colocación de RX así como todo lo que le sea encomendado por sus superiores.
- Asegurar la entrada de los familiares a las horas de visita y la disponibilidad de batas y calzas.
- Conocer las medidas de seguridad e higiene en el ámbito hospitalario, en especial en la unidad de UCI.
- Avisar a los familiares de la finalización de la visita.
- Trasladar equipamiento, material y aparatos por el hospital cuando sea necesario.
- Conocer el protocolo de defunción del hospital.
- Trasladar las muestras al laboratorio, anatomía patológica, etcétera, cuando sea necesario.
- Asegurar el buen estado y funcionamiento de la grúa.
- Proporcionar cuidados asistenciales con la mayor calidad posible.

5 Discusión-Conclusión

La Unidad de Cuidados Intensivos, en uno de los servicios que más está especializado en cuanto a los profesionales que trabajan dentro de ella, ya que tiene una asistencia multidisciplinar en un espacio específico.

El Celador que trabaja dentro de la UCI, tiene que contar con una experiencia profesional contrastada, así como también debe estar muy preparado en cuanto a la realización de los cambios posturales y sobre todo conocer las diferentes técnicas en cuanto a la movilización de los pacientes, para ayudarles a colocarse y moverlos de forma correcta, siempre atendiendo a las órdenes del personal de enfermería o las auxiliares de enfermería.

6 Bibliografía

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

Capítulo 37

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN CON LOS PACIENTES PARAPLÉJICOS

CARMEN PALACIOS SALINAS

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-
MANJAVACAS

JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON

CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ

MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA

1 Introducción

Es muy importante la figura del celador en estos centros, ya que su trabajo consiste en lograr ayudarles y practicarles unos métodos de movilidad, que resulten cómodas para los pacientes, ya que en este proceso utilizan técnicas de posturas, las cuales consiguen, entre otras muchas cosas el máximo confort posible, para evitar ciertas series de lesiones adquiridas por inmovilidad, como pueden ser escaras o úlceras por presión.

En cada centro hospitalario, debe contar y prestar múltiples especialidades, para ofrecer a los usuarios, dentro de estos se encuentra la unidad de cuidados especiales para pacientes parapléjicos y tetrapléjicos. Algunas ciudades cuentan con hospitales que están destinados para la atención exclusiva esta clase de pacientes con este tipo de lesiones tan graves.

Los celadores deben conocer a la perfección, todo el tipo de procedimiento que puedan servir de ayuda y que necesiten, fundamentalmente en la parte de la rehabilitación, aquí el celador tiene un papel bastante importante, ya que presta ayuda en la manipulación de los pacientes, los cuales deben confiar en el trabajo que desarrollan los celadores.

El celador ayuda a los pacientes en cuanto a la movilidad, ya que con la práctica son de gran ayuda para la realización de sus rutinas necesarias, lo que hace que les facilite el día a día.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer labor que los celadores desarrollan dentro de estas unidades o centros médicos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Para emplear las técnicas necesarias para posicionar al paciente, el celador deberá conocer a la perfección las posiciones básicas para todos los pacientes y debe de tener un grado de formación para saber emplearlas en cada caso con cada paciente. Estas posiciones a las que se les practican a los pacientes, van acompañadas de la habilidad de colocar las almohadas de tal forma, que el paciente se encuentre lo más cómodo posible y no se produzca una lesión adicional.

El celador, al ser personal que moviliza en la mayoría de los casos a los pacientes, debe tener claro una serie de técnicas a emplear a la hora de mover al enfermo para no sufrir él mismo una lesión por la fuerza empleada o por una mala postura a la hora de cargar. Si se diera el caso de no poder cargar con el paciente, se puede deslizar si hay opción a ello.

La participación de los celadores en las unidades o centros destinados a los enfermos tetraplégicos o parapléjicos, son variadas, como la ayuda que les prestan en

las rutinas diarias, por ejemplo, en la higiene, en las movilizaciones que se practican para sentarlos en el sillón o del sillón a la cama, en las actividades destinadas a la rehabilitación, al ejercicio de estimulación, al trasladarlos en silla de ruedas o en camillas a otras áreas que precisen, a todo lo que engloba su cometido y sus competencias y lo que les ordenen sus superiores.

Igualmente, el celador debe conocer todas las técnicas para el cambio de sábanas. Para ello deben de emplear unas posturas, las más utilizadas son las llamadas, decúbito supino, decúbito lateral y en algunas ocasiones decúbito prono.

5 Discusión-Conclusión

Las pacientes que sufren paraplejia o tetraplejia requieren de unos cuidados especiales y de unas técnicas de movimiento para su vida diaria, el celador es el personal de apoyo y ayuda a estos casos de complicada situación. En su adaptación al nuevo medio de vida, el apoyo de un profesional en su día a día, les supone una gran ayuda, tanto física como psicológica, pues el celador, aparte de todo lo mencionado, como en los traslados, la movilidad, también debe saber tratar con psicología a estas personas, entenderlas y atenderlas en todo lo necesario, por lo que el celador, como todo el personal tiene que obedecer a un protocolo especial para trabajar en la comunicación con los pacientes.

6 Bibliografía

Conocimientos básicos y funciones del celador. Disponible en <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com>
www.scielo.org

Capítulo 38

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REPROGRAFÍA Y REPARTO DE CORREO

CARMEN PALACIOS SALINAS

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-
MANJAVACAS

JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON

CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ

MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA

1 Introducción

Es de gran importancia que los celadores que desarrollen sus funciones labores en este servicio de reprografía y reparto de correo, deben tener una serie de nociones básicas sobre el manejo de las máquinas reproductoras, fotocopadoras, encuadernadoras, fax, servicio postal, grapadoras y destructoras de papel entre otras.

Antes de comenzar con el siguiente capítulo a tratar, se van a definir 2 conceptos para entender mejor el desarrollo de este capítulo.

Reprografía: Reproducción de los documentos por diversos medios, como es el caso de la fotografía, el microfilme, etc.

Multicopista: dicho de una máquina o de un aparato que reproduce numerosas copias sobre láminas de papel textos impresos, mecanografiados o manuscritos, dibujos, grabados, etc.

El celador que se encuentra adscrito a este servicio además de llevar a cabo las funciones recogidas en la Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social, desarrollará unas funciones ordinarias para el reparto de correspondencia y documentos, funciones de centralita, y las funciones de reprografía. En este capítulo se llevará a cabo un breve resumen de todas las máquinas que debe utilizar el celador de la unidad de reprografía.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer todas las máquinas utilizadas en el servicio de reprografía y las funciones que debe realizar el celador en este servicio

3 Metodología

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

4 Resultados

Distinguimos unas series de máquinas que son:

1-La función de las máquinas fotocopadoras es de reproducir imágenes o textos directamente sobre un papel, no siendo necesaria la utilización de un cliché para ello, podemos encontrar:

- Fotocopadoras personales.
- Fotocopadoras de oficina.
- Fotocopadoras profesionales o de alta producción.

Su clasificación dependiendo del tipo del tóner encontramos:

- Fotocopadoras de tóner en polvo.
- Fotocopadoras monocomponente.
- Fotocopadoras bicomponente.

- Fotocopiadoras de tóner líquido.

2-La función de las máquinas multicopistas es la de reproducir en un número determinado de copias un documento deseado.

Los sistemas básicos que encontramos en una multicopista son:

- Sistema de admisión de papel.
- Sistema de entintado.
- Sistema de cilindros para facilitar la entrada y salida de folios con las copias realizadas.
- Sistema de portaclichés.

3-La función de las máquinas encuadernadoras es la de ordenar y clasificar los documentos, también se le puede añadir portadas. Las clasificamos en tres tipos:

- Aquellas que taladran el papel y se une mediante un gusanillo metálico.
- Las termoencuadernadoras. Estas máquinas incorporan una sustancia que calienta la encuadernadora y al enfriarse las copias, las deja totalmente unidas.
- Aquellas encuadernadoras que fresan el papel para que el pegamento caliente penetre en los cortes.

4- Otros tipos de máquinas:

- Grapadoras eléctricas, estas son utilizadas para grapar documentos de manera más rápida y eficaz que otras máquinas.
- Máquinas destructoras, estas son utilizadas para destruir el papel que ya no es útil, dejando los documentos ilegibles y sin uso.

Para finalizar es de vital importancia que el celador conozca muy bien estas máquinas, ya que es él el que debe manejarlas a la perfección, para ello deberá estar bien formado en estas tareas.

Es de gran importancia que los celadores que desarrollen sus funciones labores en este servicio deben tener una serie de nociones básicas sobre el manejo de las máquinas reproductoras, fotocopiadoras, encuadernadoras, fax, servicio postal, grapadoras y destructoras de papel entre otras.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha comprobado con la lectura de este capítulo, el celador debe de conocer la utilización de multitud de máquinas que se encuentran en el servicio, como pueden ser: máquinas multicopistas, las fotocopiadoras, las encuadernadoras, las destructoras y las grapadoras. Este capítulo nos demuestra que los celadores que se encuentren adscritos en el servicio de reprografía deberán realizar funciones de fotocopiar documentos, encuadernarlos, además de encargarse de distribuirlos por el centro hospitalario.

Para finalizar estas funciones recogidas en la Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

6 Bibliografía

www.scielo.org

Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social

Capítulo 39

ACTUACIÓN DEL PERSONAL ELECTRICISTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS ANTE ACCIDENTES Y OTRAS INCIDENCIAS PELIGROSAS

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO

PEDRO JOSE CORTES MOLINA

RUBÉN CAVA

EDUARDO GARCIA DONATE

1 Introducción

Según la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales que de acuerdo a su artículo 2, "tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo. A tales efectos, esta Ley establece los principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, la información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva. Para

el cumplimiento de dichos fines, la presente Ley regula las actuaciones a desarrollar por las Administraciones públicas, así como por los empresarios, los trabajadores y sus respectivas organizaciones representativas. Las disposiciones de carácter laboral contenidas en esta Ley y en sus normas reglamentarias tendrán en todo caso el carácter de Derecho necesario mínimo indisponible, pudiendo ser mejoradas y desarrolladas en los convenios colectivos.”

Deben estudiarse las condiciones y formas de trabajo tanto en centros de salud como en hospitales. Es decir, cualquier actividad de trabajo que pueda influir de una forma importante en la aparición de riesgos para la salud y seguridad de los trabajadores. Hacemos referencia a una serie de cuestiones como son: instalaciones, equipos de trabajo y protección, concentración y tipos de agentes físicos y biológicos.

2 Objetivos

Conocer las medidas de prevención básicas y efectivas en cuestiones laborales que proporcionen y garanticen la seguridad de los trabajadores en los centros sanitarios.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha realizado una investigación que consiste en una revisión bibliográfica, sobre la documentación científica que existe. Se ha hecho una búsqueda profunda de libros y una consulta de artículos sobre el tema en las más importantes y fiables bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, haciendo una selección de artículos científicos sobre publicaciones académicas revisadas y avaladas.

4 Resultados

Todos los trabajadores tienen derecho a la información, formación y protección ante los riesgos laborales a los que se exponen. El empresario es quien debe garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo.

Lo más importante en un centro hospitalario es el personal sanitario y el número de pacientes que atienden, ya estén hospitalizados o en consultas externas. Pero

no debemos nunca olvidarnos del trabajo realizado por el personal no sanitario como el personal de mantenimiento, entre los que me encuentro.

Si se tienen en cuenta las leyes que regulan las posibles emergencias en centros sanitarios, vamos a hacer una descripción general de riesgos y planes de prevención para terminar con la parte específica concerniente al personal de mantenimiento. Los poderes públicos tienen la obligación a garantizar el derecho a la vida y la integridad física del personal sanitario y no sanitario. Por eso tienen la obligación de adoptar medidas destinadas a la prevención y control de riesgos en su origen, y a la actuación inicial en las situaciones de emergencia que pudieran presentarse.

La probabilidad de un daño o emergencia en el puesto de trabajo tiene varios grados: probabilidad baja (rara vez ocurre) o alta (el daño ocurre siempre o a menudo). Se deben establecer métodos de control que sigan unas metas y principio como:

- Combatir los riesgos en su origen.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Adaptar el puesto de trabajo a la persona.

La protección de los trabajadores en un centro hospitalario, implica en muchos casos la protección a la vez de otras personas. Ante una emergencia, un hospital debe considerarse como muy difícil de evacuar, ya que tienen pacientes ingresados que en la mayoría de los casos tienen disminuida o incapacitada su capacidad de reacción. Por eso es fundamental un Plan de Autoprotección si ocurriese un siniestro que no pueda ser controlado de forma rápida.

Cada centro debe elaborar un Plan de Actuación en Emergencias que describirá los posibles accidentes o casos que pudieran producir una emergencia, también describirá las formas adecuadas de actuación en cada caso, garantizando así: detección, alerta, alarma, intervención coordinada, evacuación, ya sobre todo la información en emergencia a todas las personas que estuviesen expuestas al riesgo. En el caso de incendio, y en colaboración con los organismos competentes, además debe redactarse unas normas y recomendaciones completas y realistas de carácter general y específico para la protección de centros sanitarios existentes y de nueva creación, más conocida como protección pasiva. Todo centro tendrá un sistema de alarma interior que permita informar rápidamente de la existencia de un incendio al centro de comunicaciones del hospital. Todas las vías de evacuación y puertas de acceso deberán señalizarse adecuadamente y permanecer despejadas de cualquier obstáculo.

El centro tendrá una dotación de extintores manuales: uno por cada 200 metros

cuadrados y no menos de dos por planta. Los extintores se situarán de tal forma que la distancia a ellos desde cualquier punto no exceda de 25 metros. También tendrá en perfecto funcionamiento los sistemas mecánicos de seguridad contra incendios, tanto en: prevención, detección, extinción y evacuación. Para ello realizará un registro de revisiones realizadas.

En los hospitales lo principal es la evacuación de los enfermos de una forma progresiva horizontal de forma sectorial. Ya que el traslado en vertical resulta ineficaz, pues puede haber pacientes conectados a equipos vitales que dificultarían el movimiento. Por eso la evacuación por escaleras y ascensores debe ser el último recurso en caso de emergencia. Una vez identificados los peligros y accidentes mediante estudios de seguridad, es fundamental también la elaboración de un Plan de Autoprotección, como se ha dicho anteriormente, con la adecuada formación y entrenamiento del personal implicado.

Si ocurriese una emergencia, debemos ser conscientes que un centro hospitalario funciona las 24 horas del día con suficiente personal para cubrir la asistencia sanitaria requerida y que participara en los distintos equipos de emergencia. Esto implica formar un equipo de segunda intervención disponible de manera permanente, al igual que el responsable máximo que recae en el Director y en su ausencia en el Jefe de la Guardia.

5 Discusión-Conclusión

Una de las actuaciones más importantes que tienen que tener en cuenta el personal de mantenimiento hospitalario es identificar las principales vías de evacuación y familiarizarnos con ellos. Estas medidas preventivas en los puestos de trabajo del personal de mantenimiento hospitalario, son lógicas y no suponen complicación alguna para el seguimiento y cumplimiento de las normas establecidas. Pero la seguridad es una cuestión en la que todos tenemos un papel muy importante y que en caso de emergencia supone un trabajo conjunto, en equipo. Debemos concienciarnos de ello para poder minimizar en todo lo posible las consecuencias negativas de cualquier peligro en el ámbito laboral.

6 Bibliografía

1. Orden de 24 de octubre de 1979 sobre protección anti-incendios en los establecimientos sanitarios.
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

3. Real Decreto 2177/1996, de 4 de octubre, por el que se aprueba la Norma Básica de la edificación: Condiciones de Protección Contra Incendios en los Edificios NBE-CPI/96.
4. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
5. Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
6. Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.

Capítulo 40

LA IMPORTANCIA DE LOS ELECTRICISTAS EN LOS CENTROS SANITARIOS

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO

PEDRO JOSE CORTES MOLINA

RUBÉN CAVA

EDUARDO GARCIA DONATE

1 Introducción

Mejorar la seguridad del paciente se ha convertido en un foco del sistema de salud, lo que ha llevado a varias organizaciones a formular estrategias.

El Ministerio de Salud impulsará su estrategia de 2015 a 2020, en línea con un plan lanzado en 2005, para tomar decisiones que reflejen la seguridad del paciente. A lo largo de los años, la seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad principal para todos los sistemas de atención médica, ya que forma una red de factores que interactúan y pueden dañar a los pacientes. A nivel nacional e internacional se investiga para mejorar los servicios y la atención con el fin de establecer una cultura de seguridad que mantenga la calidad que pretendemos brindar a los usuarios de nuestro sistema de salud. El mantenimiento mecánico

hospitalario es el mantenimiento de máquinas y sistemas mecánicos que realizan trabajos de ajuste, instalación, revisión, ajuste y reparación dentro de los hospitales.

El mantenimiento de las instalaciones industriales, por supuesto, se ve solo como un centro de costos y está asociado con un mal necesario que en gran parte no es reconocido por la alta dirección de la empresa. El mantenimiento completo permite la modernización, especialización y rentabilidad de los servicios existentes.

2 Objetivos

Indicar y explicar los tipos de mantenimiento del personal electricista de los que se encargan los servicios de los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El Técnico de Mantenimiento, en este caso hablamos de los electricistas que están en las instituciones sanitarias, es una categoría de gestión y servicio en lo hospitalario que involucra la eficiencia de las máquinas y del mantenimiento de todo tipo de instalaciones eléctricas. Los técnicos de mantenimiento son responsables y velan por el normal funcionamiento del centro médico realizando tareas planificadas y no planificadas como la lubricación, sustitución, reparación de piezas desgastadas y averías no planificadas. Es muy importante el mantenimiento de los equipos por parte de los mecánicos del centro hospitalario, cuyo objetivo principal es asegurar la producción, la calidad y el mantenimiento del funcionamiento normal de la máquina, y alargar la vida útil de la misma.

Un centro hospitalario se considera un lugar importante para sus residentes y quienes trabajan en él y debe ser mantenido adecuadamente para que funcione correctamente. Nos esforzamos todos los días no solo para reparar o manipular

máquinas y equipos, sino también para mejorar continuamente nuestras instalaciones y mantener nuestros centros médicos.

El personal de mantenimiento se encarga de examinar el corazón del hospital a través de las intervenciones diarias. Tipo de mantenimiento de la máquina:

1. Reparación y mantenimiento.

Es el responsable de informar los diversos daños y desgastes observados en la infraestructura física del hospital. Esto puede deberse a diversos factores que no se detectan a tiempo.

Una vez que se identifica un problema, se puede abordar y solucionar de inmediato.

2. Mantenimiento preventivo.

Esto incluye la programación de inspecciones, ajustes, reparaciones, calibraciones, etc., que deben realizarse periódicamente en base a planes establecidos y no a pedido del operador.

El propósito es inspeccionar los equipos, detectar fallas a tiempo y repararlas en el momento oportuno.

5 Discusión-Conclusión

El personal de mantenimiento de la limpieza suele ser más importante que la mayoría de los altos cargos que se les asignan, y es gracias a ellos que el centro de limpieza disfruta de la ventaja de una mayor comodidad.

Desde la perspectiva de la gestión hospitalaria, es importante considerar el porcentaje expresado como costos de mantenimiento, y también los costos de operación de edificios, instalaciones y equipos en relación con el costo total del hospital. Sin embargo, los servicios de mantenimiento actualmente están infravalorados en comparación con otros servicios, ya que no se consideran parte integral de la atención médica cuando forman parte de este equipo.

6 Bibliografía

1. <http://hugu.sescam.jccm.es/servicio/mantenimiento>.
2. <https://hospitecnia.com/instalaciones/gases-medicinales/gestiondelmantenimiento-en-hospitales/>.

Capítulo 41

APLICACIÓN A LOS SERVICIOS GENERALES DE LOS HOSPITALES POR EL PERSONAL ELECTRICISTA

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO

PEDRO JOSE CORTES MOLINA

RUBÉN CAVA

EDUARDO GARCIA DONATE

1 Introducción

La contratación externa de servicios es de particular interés en las organizaciones públicas. Desde las últimas décadas del siglo XX, en la mayoría de los países desarrollados, viene siendo uno de los mecanismos de mercado que el sector público emplea, recogién dose todos ellos bajo el nombre de “Nueva Gestión Pública” (NGP).

Los gestores públicos acuden a la externalización persiguiendo mejorar la eficiencia en la prestación de servicios públicos, así como acabar con las rigideces y ausencia de incentivos que caracterizan al sector público. Por otro lado, también deben tenerse en cuenta las fuertes presiones presupuestarias a las que está sometida la actuación pública.

Sin embargo, tradicionalmente la externalización ha sido utilizada por el sector público, más que como un mecanismo de mercado, como una forma de descargarse de funciones no básicas o simplemente para hacer frente a excesos de demanda.

Además, se ha de tener en cuenta que, en ocasiones, en la decisión del gestor público entre contratación externa e integración vertical, no solo intervienen factores económicos, sino que es una decisión con una fuerte carga ideológica.

El estudio de esta decisión en los centros hospitalarios (caracterizados por estar sometidos a una fuerte intervención pública) es un caso relevante para el análisis de la gestión pública, no solo por la potencial reducción de costes que implica la contratación externa, sino además porque el gasto hospitalario supone en muchos países más de la mitad del gasto sanitario público. En el caso de España, se añade el hecho de que en 2002 se terminaron de transferir las competencias en materia de asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas que aún no las tenían transferidas (proceso iniciado en 1981), con lo que se cuenta con una pluralidad de comportamientos potencialmente distintos a analizar. Por tanto, la comprensión de los elementos que determinan la externalización de ciertos servicios en los hospitales puede ser de gran utilidad para los órganos de decisión, de cara a una mejor gestión de la asistencia sanitaria por parte del sector público. El propósito de esta tesina es determinar qué factores intervienen en las decisiones de contratación externa e integración vertical de cuatro servicios generales de los hospitales españoles (limpieza, lavandería, alimentación, y mantenimiento), considerando el periodo muestral 1996-2000. Además, se analizará si estos determinantes difieren entre centros públicos y privados. Se estudiarán también los elementos que afectan al cambio en esta decisión.

2 Objetivos

- Describir el nivel de contratación externa (o de integración vertical) según las características del hospital y del tipo de servicio.
- Realizar un estudio empírico sobre los factores que influyen en la decisión de externalización/integración de cada uno de estos servicios, así como de los determinantes del cambio de una alternativa a otra.

3 Metodología

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

istente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La externalización es una relación contractual con un proveedor que asume, a cambio de un precio predeterminado, el desarrollo de una o varias funciones de una institución. Implica una separación entre proveedor y comprador, potenciando la competencia entre suministradores, y generalmente, reduciendo los costes de producción para la empresa que decide externalizar el servicio.

Pero la contratación externa genera también los denominados costes de transacción: el conjunto de costes asociados a la contratación que van desde la búsqueda, elección de proveedores y negociación del contrato, hasta la vigilancia y el control de su cumplimiento.

Por tanto, puede ocurrir que, si los costes de contratación son lo suficientemente importantes, pueden llegar a igualar o incluso superar las potenciales ganancias. No obstante, para que la elección entre contratación externa e integración vertical pueda tener lugar, es conveniente que se den unas condiciones previas (existencia de proveedores externos del servicio, y competencia potencial entre ellos). Así, Domberger y Rimmer (1994) señalan que, a la hora hacer una evaluación económica de esta decisión, deben tenerse en cuenta al menos las respuestas a tres preguntas:

1. ¿Hay proveedores identificables que puedan prestar los servicios de forma efectiva y eficiente?
2. ¿Es factible la competencia potencial entre proveedores?
3. ¿Es posible que los costes de la contratación puedan superar a los ahorros potenciales?

Partiendo del supuesto de que la respuesta a las dos primeras preguntas es afirmativa, la mayoría de estudios sobre las decisiones de externalización analizan los determinantes que pueden afectar a los costes de producción y a los de transacción. No obstante, antes de entrar sobre cuáles son estos factores, conviene mencionar otras ventajas e inconvenientes, de carácter secundario, que se suelen asociar a cada una de las alternativas (véase cuadro 1).

La contratación externa de un determinado servicio tiene como principal ventaja la reducción de los costes de producción. De los muchos estudios que dan evidencia empírica de esta afirmación, uno de los más citados en el ámbito hospitalario es el de Domberger, Meadowcroft y Thomson (1987). En él se encuentran

reducciones de costes de hasta el 34 % asociados a la contratación externa de los servicios de limpieza y cocina en la red de hospitales públicos del Reino Unido. Además de esta ventaja, la externalización de un determinado servicio supone el cambio de una parte de los costes fijos asociados al mismo a costes variables, dotando así a la organización de una mayor flexibilidad financiera frente a futuras contingencias, y una mayor capacidad de adaptación ante posibles fluctuaciones de la demanda. Por último, la prestación del servicio es llevada a cabo por empresas especializadas, con mayores incentivos de adaptación a los nuevos avances tecnológicos que puedan surgir.

Frente a estas ventajas, el principal inconveniente de esta forma organizativa está en los costes de transacción, que en ocasiones son bastante elevados. Pero también, con la externalización puede surgir otro problema: en aquellos casos en que sea imposible fijar en el contrato unas medidas de control de la calidad en la prestación del servicio (contratos incompletos), los proveedores podrían tener incentivos a bajar los costes a costa de la calidad, con las consecuencias negativas que esto conlleva.

Respecto a los determinantes de las decisiones de comprar o producir, Shelanski y Klein (1995), presentan una revisión de los estudios empíricos relativos a este tema en el sector privado, pero sin referirse a los servicios sanitarios.

Uno de los pocos estudios que se refieren a los factores que influyen en esta decisión en los hospitales es el de Coles y Hesterly (1998). En él se analizan las decisiones de contratación externa en seis servicios generales y siete servicios clínicos, para una muestra de 196 hospitales en Estados Unidos. Su conclusión principal es que la contratación de los servicios generales solo depende positivamente del número de camas (variable que indica la existencia de economías de escala) y negativamente de la necesidad de coordinación con el personal propio del hospital (especificidad del capital humano).

La contratación externa en los hospitales españoles ha sido objeto de análisis en tres estudios:

1. López Casasnovas et al. (1989) analizan 34 hospitales concertados catalanes en 1986 que contrataban a la vez los servicios de limpieza, lavandería y alimentación. Observan que los hospitales definidos como urbanos incurren en un sobre coste frente a los rurales.
2. González et al. (2000) estudian la contratación externa de servicios generales en los hospitales de Andalucía, Cataluña y País Vasco en 1996. Encuentran diferencias muy significativas entre las tres Comunidades Autónomas, siendo Cataluña la que presenta unos mayores niveles de externalización.
3. El estudio de Puig-Junoy y Pérez (2003) constituye la primera investigación

empírica sobre los determinantes de la decisión de contratación externa en los hospitales españoles a nivel nacional. Utilizan datos de 790 hospitales correspondientes al año 1993. Analizan esta decisión en algunos servicios generales no clínicos (cocina, limpieza, lavandería, mantenimiento y seguridad), presentando primeramente una descripción del grado de integración vertical/contratación externa de cada servicio según determinadas características del hospital y de su entorno, para posteriormente hacer un análisis empírico de los elementos que influyen en esta decisión. Como resultado más importante obtienen que los principales determinantes son las economías de escala (menor probabilidad de contratación externa en los hospitales de menos de cien camas). Asimismo, encuentran una mayor probabilidad de contratación externa en los hospitales especializados frente a los generales y en los hospitales privados frente a los públicos.

La aportación de esta tesina pretende ser, por un lado, la utilización de datos de panel. Contar con una mayor información para hacer el análisis nos permite obtener resultados más robustos y, a la vez, observar los cambios en la decisión de integración vertical frente a la de contratación externa a lo largo del tiempo. Por otro lado, respecto al trabajo de Puig-Junoy y Pérez Sust, se añade como potencial determinante de la decisión de contratación externa, el partido que gobierne en la Comunidad Autónoma donde se encuentra cada hospital, diferenciando entre aquellos que teóricamente son más proclives a la externalización de servicios, y los partidarios de la prestación de todos los servicios sanitarios por el sector públicos (defensores de políticas más sociales). Se crea también una tercera categoría, los partidos nacionalistas, para ver si existe un comportamiento diferenciado en cuanto a la contratación externa en los territorios bajo su gobierno autonómico.

Por último, se intentará ver si existen diferencias en cuanto a los determinantes de esta decisión según el tipo de propiedad del hospital.

3. Modelo y métodos:

En el apartado anterior se ha explicado el trade off existente entre costes de producción y costes de transacción en la elección entre contratación externa y producción directa: la externalización, que es la opción que minimiza los costes de producción, también es la que maximiza los costes de transacción.

3.1 Regla de decisión:

Siguiendo el modelo de elección desarrollado por Ferris y Graddy (1989), y adaptado por Puig-Junoy y Pérez (2003) para el caso de los hospitales, se parte del supuesto de que cada hospital maximiza su utilidad eligiendo la alternativa organizativa (contratación externa o producción propia de servicios generales) que minimice la suma ponderada de los costes de producción y los costes de transac-

ción que conlleva la prestación de cada servicio, dado uno objetivo de producción del mismo. Las ponderaciones representan la importancia relativa que cada decisor otorga a cada tipo de coste, de tal forma que lo importante no son tanto los costes en sí mismos, como la percepción de su importancia por parte de la organización (Puig-Junoy y Pérez, 2003).

5 Discusión-Conclusión

Esta tesina constituye el primer estudio empírico realizado con datos de panel sobre las decisiones de contratación externa e integración vertical en los hospitales 3680 españoles. Al tratarse de un sector sometido a una fuerte intervención pública, se han elegido los hospitales como caso relevante para el estudio de esta decisión por parte del gestor público. La disponibilidad de datos hacen que el análisis se vea restringido a algunos servicios generales (alimentación, limpieza, lavandería y mantenimiento). Hasta el momento, el único estudio sobre esta cuestión era el de Puig-Junoy y Pérez (2003), en el que se empleaban datos de sección cruzada, con las limitaciones que esto conlleva.

El propósito de la tesina es, por un lado, hacer una descripción de la evolución de los niveles de contratación externa e integración vertical durante el periodo que va del año 1996 al 2000, y por otro, analizar los elementos que influyen en la elección entre contratación externa e integración vertical de estos servicios.

6 Bibliografía

1. <https://www.msbs.gob.es/>.

Capítulo 42

TÉCNICAS DE PLANCHADO POR EL PLANCHADOR/A EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ

CORTES MARTINEZ TOLEDO

ANTONIA HENRY PULIDO

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

MANUEL GALDÓN GARVÍ

1 Introducción

En el procesamiento industrial de prendas, alrededor del 70% de las prendas procesadas requieren planchado.

La ropa de no planchar suele ser de tejidos con volantes como toallas y complementos. El planchado es la aplicación de calor y presión para eliminar las arrugas que se forman en las telas durante el lavado y el secado.

Aplicar calor a la tela también ayuda a eliminar la humedad que pueda quedar en la prenda lavada. Las lavadoras industriales requieren múltiples sistemas para diferentes tipos de ropa en la sección de planchado.

Siempre que es posible, las planchas se utilizan en un sistema continuo para planchar prendas de diferentes formas y tamaños, ajustando la temperatura adecuada

para cada tejido. De esta forma no interviene el proceso de que la plancha alcance la temperatura programada y ejerza presión sobre los rodillos que tiran de la prenda. En la posición de parada, la placa permanece separada de los rodillos. Las excavadoras pueden ir acompañadas de maquinaria auxiliar para facilitar el proceso.

Desde la perspectiva del paciente, la importancia de los servicios de ropa interior y vestuario para la calidad de la atención tiene un lugar importante en los hospitales porque se puede comparar con la relación entre una persona y los trabajadores de la salud y la alimentación que reciben. Desde la perspectiva de un hospital, la relación entre los costos operativos y los costos totales puede considerarse importante.

2 Objetivos

objetivos principales del capítulo

- Conocer el proceso de secado-planchado en los centros sanitarios
- Describir como funcionan las calandras de planchado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En un hospital en la zona de lavandería, una máquina de planchar es un sistema para planchar ropa, normalmente también conocida como ropa de cama. Es decir, sábanas, manteles, fundas de almohadas y otros artículos sin costuras.

Las planchas para ropa privada utilizan un sistema llamado calendario, en el que los rodillos están protegidos con tela no tejida resistente al calor. Rodillos o rodillos de hierro con múltiples capas de protección: Los rodillos de hierro están en contacto directo con una capa de lana de acero y el conjunto está protegido por una capa de tejido no tejido resistente al calor por donde pasan las placas.

El diámetro del rollo es de 15-50 cm y la longitud es de 150-320 cm. La selección del tamaño del rodillo se basa en la prenda a planchar.

La prenda se introduce por delante y se coloca sobre una mesa de apoyo, desde donde se eleva mediante correderas y prensas mientras se desplaza mediante rodillos sobre placas de acero calentadas que forman ondas. Este hierro corrugado debe estar siempre limpio y encerado. Esto se debe a que cuando se tira de la ropa, se puede arrugar y deteriorar debido a la suciedad, la sequedad o la aspereza. Use una manta de lavado si el paso de la ropa húmeda ha acumulado residuos de detergente en la superficie del rodillo para eliminarlos. Hay diferentes tipos de calendarios: rodillos mutantes y rodillos centrales.

Además, dependiendo del uso, los tipos de calendarios son los siguientes:

- Calendario compacto. - Calendario industrial.

También hay tres sistemas de calendario en el mercado, dependiendo de sus componentes.

- Calandra con cilindro central y rodillos periféricos. Cilindro de hierro centrado en tela conductora.

- Parrilla de radiador tipo cubo.

5 Discusión-Conclusión

Una de las funciones precisas de la lavandería de un hospital es asegurar que la ropa esté limpia y cómoda, y facilitar la atención al paciente. Durante la contaminación, se transmiten grandes cantidades de bacterias a través del aire durante la manipulación (recolección, clasificación, apilamiento, etc.) de las prendas sucias y pueden acumularse en las prendas antes de que se asignen a los diferentes departamentos del hospital. Desde la perspectiva del paciente, la importancia de los servicios de vestuario y ropa interior en la calidad de la atención ocupa un lugar significativo porque se puede comparar con la relación entre el paciente y el personal médico y los alimentos que consumen. todo el hospital. Desde una perspectiva hospitalaria, la relación entre los costos operativos y los costos totales puede considerarse importante.

6 Bibliografía

1. Manual básico del planchador/A.
2. <https://www.equipo.com>.

Capítulo 43

EL PLANCHADOR/A DE LOS HOSPITALES Y LA ACTUACIÓN DE LAS FIBRAS TEXTILES FRENTE AL PLANCHADO

ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ

CORTES MARTINEZ TOLEDO

ANTONIA HENRY PULIDO

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

MANUEL GALDÓN GARVÍ

1 Introducción

La importancia de un buen planchado en los uniformes de los profesionales de las instituciones sanitarias es muy importante , ya que son prendas que se llevan toda una jornada laboral y pasa por diferentes puntos, como el lavado , donde mantiene agresivamente el textil.

En el estudio de textiles para el hogar y ropa de cama, generalmente se clasifican por uso previsto y materia prima. Como resultado, se crearon varios grupos que serán considerados en este capítulo. Según la aplicación se forman las siguientes familias o grupos de textiles para el hogar, correspondientes a los siguientes grupos:

- Grupos de mantas: Por las características de la prenda (pelo, tamaño) puede presentar problemas de almacenaje y muchas veces necesita ser lavada en máquinas industriales. Por otro lado, este tipo de producto siempre espera una larga vida útil. - Grupo Ropa de Cama: En este grupo se clasifican las mantas, fundas nórdicas y sábanas. En las sabanas se establecen subclasificaciones según sean blancas o de color. Dentro de los distintos grupos y familias, se establece una segunda clasificación según las materias primas que componen el producto.

Las principales materias primas para estos artículos y prendas de vestir son: grupo de manta

-poliéster.

- Acrílico.

- Len.

- algodón grupo de ropa de cama.

- algodón.

-poliéster.

- Baba.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de fibras de los tejidos textiles para poder realizar un planchado óptimo.

- Poner de manifiesto la importancia de saber clasificar los tejidos en función del uso y de la materia prima de la que están hechos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se entiende por planchado la operación de utilizar calor y presión para dar a una prenda su forma y apariencia.

Al planchar textiles confeccionados, es fundamental conocer su composición química. Que una tela se pueda planchar en frío o en caliente depende de las fibras que la componen y de la estructura de la tela o prenda que se plancha. Está relacionado con la recuperación de arrugas del tejido. Los tejidos de algodón, lino o viscosa son propensos a arrugarse debido a sus bajas propiedades antiarrugas. Por ello, se suele recomendar planchar este tejido a temperatura alta. (150-200 grados).

Por el contrario, las prendas hechas completamente de lana, poliamida o poliéster en su mayoría no se arrugan, y las arrugas y los pliegues que se forman simplemente al colgar la prenda en un área fresca desaparecen. Los artículos acrílicos también son efectivos contra las arrugas. Estos tejidos deben plancharse a baja temperatura (110°). De lo contrario, la alta temperatura puede dañar la tela o hacer que se pegue a la superficie de la plancha. Para tejidos fabricados con mezclas de fibras, se suele utilizar la temperatura adecuada para el hilo con la menor resistencia al calor.

Un método de prueba para determinar la solidez del tinte en todas las condiciones de tratamiento para todos los textiles y el proceso de planchado normal es usar una plancha caliente a temperaturas y presiones específicas para probar muestras textiles secas, húmedas. tiempo especificado. Para el planchado en húmedo, la parte superior de la muestra se cubre con un paño de referencia hecho de algodón húmedo.

Finalmente, se evaluó la decoloración de los especímenes y la descarga de la tela de control comparando la escala de grises inmediatamente después de la prueba y después de 4 horas de exposición al aire.

5 Discusión-Conclusión

Después de desarrollar el tema que estamos estudiando, podemos decir que el planchado incluye las actividades que se realizan para dar forma y apariencia a las prendas a través del calor y la presión.

Sin embargo, para realizar tareas de planchado de prendas y tejidos, el planchador debe tener en cuenta muchos factores y también según el material del que estén hechos o el uso que se le vaya a dar al material de planchado, o bien clasificar la mercancía según la finalidad. de la ropa

La planchadora conoce a fondo tanto las características de la prenda a planchar, como se manipula la prenda, su composición, uso y otros factores, y opera la máquina a la perfección para planchar de forma óptima las prendas mencionadas. Nunca olvides cómo hacerlo.

6 Bibliografía

- Manual básico del planchador/a. <https://www.equipo.h.com>.

Capítulo 44

EL PLANCHADOR/A DE HOSPITALES Y LAS DIFICULTADES QUE PUEDE PRESENTAR EL PROCESO EN LAS CALANDRAS

ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ

CORTES MARTINEZ TOLEDO

ANTONIA HENRY PULIDO

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

MANUEL GALDÓN GARVÍ

1 Introducción

El proceso de programación de la lavadora mueve la ropa bajo presión entre rodillos metálicos calentados con vapor. Estos rodillos giran en direcciones opuestas para lograr el resultado deseado. El objetivo es planchar tu ropa a la perfección. El rendimiento de la parrilla depende en gran medida de tres factores: la ropa, la humedad residual y el rendimiento térmico. - Prenda: La durabilidad de una prenda depende de muchos factores, como el tipo de tela, cómo se usa y manipula, y por supuesto el proceso de lavado y planchado. Sin embargo, la resistencia al planchado de la ropa depende de su composición y preparación. • Humedad excesiva: Demasiada humedad retenida en la tela resulta en un mal deslizamiento

de la prenda. Por encima del 50 %, la resistencia al deslizamiento aumenta significativamente, por debajo del 50 %, la resistencia al deslizamiento disminuye. Se considera que las condiciones óptimas de humedad están entre el 35 % y el 50 % y se pueden lograr con un buen centrifugado.

- Eficiencia térmica: El hecho evidente de que en el proceso de convertir una forma de energía (en este caso, vapor de agua) en otra forma de energía, es decir, energía térmica, se pierde parte de la energía invertida en la energía original. Por esta razón, la eficiencia térmica nunca es del 100%.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro trabajo será :

- Conocer el funcionamiento de las calandras de planchado.
- Estudiar cuáles serían los fallos mas frecuentes que podrían suceder en una calandra de planchado.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los problemas o errores más comunes encontrados durante el planchado son

☒Amarilleamiento de la ropa

☒Enrolla la ropa para que se arrugue

☒Deformación de la ropa

- Deformación del revestimiento

- Desgarros en el tejido de las prendas a planchar o revestir

- manchas de cera y agua

En comparación con el amarillamiento de la ropa, las causas de esta irregularidad pueden ser:

- No lavar lo suficiente

☒Use agua alcalina débil

- Deja la ropa escurrida en un rincón por un rato antes de iniciar una conversación
- temperatura demasiado alta

Para evitar estos inconvenientes, es importante saber:

- No sobrecargue la máquina
 - Aplicar tantos lavados como sea necesario
 - No utilice un enjuague final con mínima concentración y/o alcalinidad, acidifique en el enjuague final o use solo agua dura.
 - El uso de neutralizadores durante el proceso de lavado puede ayudar a evitar este efecto, pero puede promover la formación y acumulación de sal en el compartimiento de la plancha.
- , dificulta el progreso de la confección. Por otro lado, los factores que provocan estos daños incluyen el fenómeno de enrollamiento de la ropa y las arrugas provocadas por la adhesión a la superficie de la hoja y el proceso de programación.
- el tipo de tejido a planchar y el contenido de humedad restante del tejido
 - Estructura y estado de la superficie del revestimiento.
 - Suavidad de la superficie del tazón
 - presión uniforme del cilindro sobre el vaso
 - temperatura del tanque
 - velocidad de marcha en m/min

Para prevenir todos estos problemas, podemos tomar ciertas medidas, tales como:

- ☒ Compruebe regularmente la cantidad restante de agua
- Mantiene la bandeja limpia y con una suavidad óptima
- Controla la cera que usas
- Realizar el proceso de depilación y limpieza en una sola operación
- ☒ La lubricidad del recipiente se asegura controlando el punto de fusión, el contenido de agua, la proporción de impurezas, la composición de varios ácidos grasos saturados e insaturados, etc.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo pudimos ver que los factores más importantes para el buen funcionamiento de la plancha son fundamentalmente la ropa, la humedad residual y la eficiencia térmica. Estos son los factores de los que depende el rendimiento del calendario. La planchadora es la encargada de controlar el funcionamiento del calendario y tratar de evitar problemas o dificultades durante el planchado del calendario.

Para anomalías de naturaleza más mecánica, como la uniformidad de la presión del cilindro en el balde, se pueden usar pruebas para confirmar la condición frente

a este almacén, pero se recomienda el análisis de fallas por parte del fabricante. Este proceso de planchado puede hacer que el tejido se enrosque o se rompa. Esto a menudo es causado por una mesa deformada o desequilibrada. Los calandres reconocen estas irregularidades y tratan de solucionarlas. Si esto no es posible, informe al gerente o al personal de mantenimiento del recinto o del centro.

6 Bibliografía

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

Capítulo 45

CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. TIPOS DE URGENCIAS

GEMA VALENCIA MORENO

SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO

FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS

ENRIQUE DIAZ-TENDERO

CATALINA VALENCIA MORENO

1 Introducción

Las urgencias hospitalarias constituyen uno de los servicios más importantes del ámbito sanitario, ya que ofrece sus servicios las 24 horas del día para aquellos pacientes que no pueden esperar horas para ser atendidos, es decir, pacientes que presentan patologías que no admiten demora en su atención. La puerta de Urgencias es el punto de entrada de pacientes que bien acuden solos o bien acuden acompañados por sus familiares o amistades, tanto unos como otros necesitan que se les preste atención, las causas que los llevan a solicitar el servicio de urgencias son dispares, pero independientemente de las causas que los lleve hasta el servicio de urgencias hay que tener presente que siempre es el celador en la puerta de Urgencias el primero que recibe a los pacientes y a sus familiares o acompañantes, lo que supone que dependiendo de esa primera actuación por

parte del celador la impresión por parte de los pacientes o sus familiares puede ser positiva o negativa del servicio de urgencias hospitalarias con independencia del tratamiento posterior que reciban.

Hay que distinguir dos conceptos que con frecuencia se utilizan indistintamente y que nada tiene que ver el uno con el otro, estos son urgencia y emergencia.

Urgencia hace referencia a cualquier demanda asistencial que se produce fuera del horario normal, aunque normalmente se considera urgencia cualquier situación que supone una amenaza inmediata para la vida o salud del paciente.

Sin embargo, una emergencia sanitaria requiere: Comporta un riesgo vital para el paciente, el problema aparece de forma súbita, debe recibir respuesta sanitaria inmediata y requieren hospitalización.

2 Objetivos

- Poner en conocimiento los tipos de urgencias hospitalarias con los que se encuentran los celadores día tras día en la puerta de urgencias.
- Poner en valor la figura del celador en el ámbito sanitario.

.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Diamante, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda:

Urgencias, emergencias, servicio de urgencias hospitalarias, tipos de urgencias, funciones del celador de la puerta de urgencias y celador.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: Urgencias, emergencias, servicio de urgencias hospitalarias, tipos de urgencias, funciones del celador de la puerta de urgencias y celador, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

No todos los pacientes que acuden al servicio de urgencias hospitalarias presentan las mismas patologías y por tanto existen diferentes tipos de urgencias y

diferentes formas de clasificarlas.

Tipos de urgencias atendiendo al concepto de urgencias:

- Urgencia subjetiva: se habla de urgencia subjetiva cuando la patología que presenta el paciente, independientemente de lo que considere este, no pone en peligro su vida o su salud.
- Urgencia objetiva: se habla de urgencia objetiva cuando realmente la patología que presenta el paciente compromete su vida o su salud.
- Urgencia vital: se habla de una urgencia vital cuando existe un fallo de las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales y existe a corto plazo riesgo de fallecimiento.

Tipos de las urgencias sanitarias atendiendo a la prioridad:

- Emergencia vital. Hace referencia, como hemos dicho antes, a un peligro inmediato, real o potencial, para la vida del paciente, o riesgo de secuelas graves permanentes, si no recibe una atención cualificada inmediata (parada cardiorrespiratoria, politraumatizados infartos de miocardio, edema agudo de pulmón, etc.).
- Paciente agudo crítico o grave inestable: este tipo de paciente presenta afectación en uno o varios de sus órganos que pueden suponer un problema para su vida (disnea, cianosis, braquicardia, taquicardia, ansiedad, convulsiones, etc.). Paciente agudo no crítico o consulta preferente. Aquellos que no suponen un riesgo para la vida del enfermo.
- Paciente no agudo o demorable. En este grupo se incluyen a todos aquellos pacientes que requieren asistencia médica pero no inmediata, y por tanto pueden derivarse a su médico de cabecera sin que ello suponga ningún peligro para el paciente.

Tipos de urgencias sanitarias por especialidades:

- Urgencias traumatológicas: Pacientes que presenta algún traumatismo.
- Urgencias quirúrgicas: pacientes que heridas leves, heridas complicadas, apendicitis etc.
- Urgencias médicas: pacientes con procesos o patologías, que supongan un riesgo vital.

Tipos de urgencias sanitarias por aparatos o sistemas:

- Cardiovasculares.
- Infecciosas.
- Digestivas.
- Neurológicas.

- Respiratorias.
- Urológicas.
- Nefrológicas.
- Hematológicas.
- Endocrinológicas.
- Psiquiátricas.
- Reumatológicas.
- Traumatológicas.
- Otorrinolaringológicas.
- Oftalmológicas.
- Oncológicas.
- Ginecológicas.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que el celador de puerta del servicio de urgencias hospitalarias tiene como función recibir a los pacientes y dirigirlos al servicio de admisión de pacientes o al servicio de triaje directamente (dependiendo de la gravedad de la urgencia que presenta el paciente en cuestión), es necesario que todos los celadores conozcamos los distintos tipos de clasificar las urgencias sanitarias que existen. Sobre todo, debe estar más que familiarizado con la que más se utilice en el centro hospitalario donde realiza sus funciones, para que esos minutos que son esenciales en aquellos casos de urgencias vitales para la vida del paciente no se pierdan con burocracia (pasar primero por el servicio de admisión de pacientes) o por desconocimiento de la gravedad de la patología que presenta (si ya viene determinada) por parte del celador.

6 Bibliografía

1. Wikipedia. <https://celadoresonline.blogspot.com>.
2. Curso actualización integral para celador

Capítulo 46

EL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS FAMILIARES DE UN ENFERMO HOSPITALIZADO

GEMA VALENCIA MORENO

SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO

FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS

ENRIQUE DIAZ-TENDERO

CATALINA VALENCIA MORENO

1 Introducción

Muchas son las tareas dentro de una institución sanitaria, que se le asignan hoy en día a un Celador, entre ellas la de orientación e información que se le presta a las familias de un usuario que se encuentra hospitalizado en cualquiera de ellas. En el artículo 10.2 de la Ley General de Sanidad, queda reflejado el derecho que tiene el usuario a recibir información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder, así como los requisitos necesarios que le hace falta reunir para poder beneficiarse de todos ellos. También queda patente de una manera clara, como debe de trasladarse dicha información.

Esta orientación irá principalmente encaminada a facilitar a las familias de un paciente que acaba de ingresar cualquier información en lo referente a ubicaciones y servicios, horarios, traslados, etc.

Dar una información clara, concisa y lo más detallada posible, ayudará a las familias dentro de lo posible a sobrellevar esos momentos, que en muchos de los casos se tornan complicados.

Es muy importante recordar, que el Celador ni está cualificado ni entra dentro de sus competencias, facilitar ningún tipo de información que contenga datos médicos, tanto al paciente como a sus familias.

Facilitar este tipo de información constituye una falta muy grave, que podría incluso incurrir en pena de cárcel.

2 Objetivos

Dar a conocer que funciones desempeña un celador en una institución sanitaria, en relación a las familias de un usuario que se encuentra hospitalizado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han realizado múltiples búsquedas en distintos portales y páginas web como Scielo, Pubmed y utilizado palabras clave como celador, paciente y hospitalización. También se ha consultado temario específico para dicha categoría facilitado por sindicato C.S.I.

4 Resultados

El Celador es una de las primeras personas que se encuentra tanto el usuario como su familia, a la hora de efectuarse un ingreso en una institución sanitaria. Será el encargado de transmitirles toda la información, siempre y cuando dicha información no incluya ningún dato médico, de diagnóstico, pruebas o tratamientos que en ese momento se le estén realizando al paciente.

Dentro de sus competencias, será la persona encargada tanto de informar como de orientar al usuario en todo lo referente a:

- La ubicación de los servicios y las unidades que presta el centro.
- Los horarios de los distintos servicios que se prestan en dicho centro.
- Se le informará sobre los horarios de visitas a los pacientes y sobre los horarios para poder consultar toda la información médica referente al paciente.

- Se le facilitará información a las familias sobre la planta o el servicio en el que se encuentra el paciente.
- Se le informará sobre los posibles tiempos de espera, traslados o incidencias que pudieran surgir.

Es muy importante que el Celador sea plenamente consciente del delicado momento que atraviesa tanto el paciente como sus familiares a la hora de efectuarse un ingreso, ya que suelen presentar un alto nivel de preocupación y ansiedad.

En su mano está en estas circunstancias proporcionar una atención personalizada a las familias e intentar disminuir dentro de lo posible la preocupación que conlleva este tipo de situaciones, ofreciendo una información clara, detallada, y sencilla que pueda ser comprensible para cualquier persona.

Dirigirse al usuario por su nombre, acogerlo interesándose por él, hacer que la persona con la que se está interactuando se sienta importante y escuchada, todo esto llevara al usuario a sentirse reconfortado.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el principal cometido de un Celador en cualquier institución sanitaria, en referencia al tema propuesto, es el de informar básicamente y orientar dentro de sus competencias, debería de tenerse cada día más en cuenta intentar esa orientación para lograr una mayor “humanización” de la asistencia sanitaria.

La clave es considerar a la persona y no solo al paciente, ser conscientes de que cada persona es única y como tal debe ser tratado.

Ofrecer, por tanto, un trato personalizado garantiza en cierta medida una importante mejora en la calidad de los servicios sanitarios.

Sería clave para lograr este objetivo una formación adecuada en este sentido, para este personal.

6 Bibliografía

1. Elsevier. Vol. 32. Núm. 5. Páginas 245-247 (Septiembre-Octubre 2017).

Capítulo 47

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL

GEMA VALENCIA MORENO

SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO

FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS

ENRIQUE DIAZ-TENDERO

CATALINA VALENCIA MORENO

1 Introducción

El tratamiento conocido como hemodiálisis se realiza a los pacientes que por diversos motivos son diagnosticados con insuficiencia renal crónica.

La función de los riñones es la eliminación de las toxinas, las sustancias de desecho que produce el organismo, el exceso de líquidos, además de regular los niveles de ácido del cuerpo, también son los encargados de mantener un equilibrio saludable de agua y de las sales minerales en la sangre.

Si por diversos motivos que ya puedan ser infecciones, tumores, alteraciones genéticas, etcétera, estos órganos colapsan, se produciría una patología que recibe el nombre de insuficiencia renal. La insuficiencia renal crónica la que más mortalidad y morbilidad ocasiona, al ser una enfermedad que produce un alto grado de incapacidad en un período constante de tiempo y esta se acompaña de varias patologías secundarias que pueden agravar el estado de salud del paciente que la sufre.

Los pacientes diagnosticados deberán someterse a un tratamiento de hemodiálisis para poder realizar las funciones que habitualmente se encarga de realizar los riñones, pero de manera automatizada.

Para llevar a cabo estos tratamientos existen unidades especializadas en el hospital, que cuentan con unas instalaciones e infraestructuras adecuadas para ello, estos complejos servicios se encuentran formados por equipos de trabajo de distintas categorías profesionales, siendo uno de estos profesionales el celador.

2 Objetivos

- Explicar las distintas funciones del celador en el servicio de hemodiálisis y su importancia en este área hospitalaria.
- Poner de manifiesto la importancia de este profesional en este ámbito.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en las principales bases de datos de código abierto como Scielo, Google académico, Pubmed utilizando palabras clave como celador en hemodiálisis, funciones del celador en unidades de hemodiálisis, el celador en el hospital, además de revisar temarios propios de oposiciones del sistema nacional de salud.

4 Resultados

- El tratamiento de hemodiálisis consiste en hacer pasar la sangre del paciente a través de un filtro llamado dializador, dicho filtro hace la función que normalmente realizan los riñones eliminando toxinas y desechos del organismo que se encuentran en la sangre.

Los pacientes que reciben estos tratamientos deben de tener un acceso vascular para poder permitir el movimiento y el traslado de un gran flujo de sangre.

Esta terapia puede realizarse de manera domiciliaria, en la que la ventaja es el no desplazamiento del paciente al hospital, alterando lo menos posible la vida del enfermo.

La terapia que más se utiliza de manera habitual es la realizada ambulatoriamente, dicho tratamiento se ejecuta de manera hospitalaria.

- Los tratamientos realizados en el servicio hospitalario conllevan la participación

de diversos profesionales de distintas categorías, estos grupos de trabajo lo forman médicos/as, enfermeros/as, celadores, etcétera.

Estas terapias suelen tener horarios establecidos de manera semanal, teniendo una duración de 3 a 4 horas diarias respectivamente, dependiendo de diversos factores.

Debido a los largos periodos de tiempo de duración del tratamiento, lo habitual es que los pacientes se encuentren en sillones o camas, para que puedan estar lo más cómodos posible, además de poder colocarse en diferentes posiciones anatómicas para facilitar el proceso.

Dentro de los profesionales que ejercen sus funciones en el área de hemodiálisis, se encuentra el celador, pudiendo destacar las siguientes competencias de este personal:

- Se encargarán del traslado de los pacientes desde las ambulancias hasta la unidad correspondiente de hemodiálisis, dicho desplazamiento lo realizarán en silla de ruedas o camilla dependiendo de la situación de cada paciente.

Serán así también los encargados de retornar a los pacientes a las ambulancias de transporte una vez que realicen sus tratamientos.

- Deberán de movilizar a los pacientes que requieran de ayuda para colocarlos en las camas o sillones correspondientes para poder realizar el procedimiento de hemodiálisis.

- También ayudarán al personal de enfermería a vestir o desvestir a los pacientes que por sus necesidades no pudiesen realizarlo de manera autónoma.

- Serán los responsables de la movilización del mobiliario y/o los aparatos dentro de la propia unidad de hemodiálisis, y también si se requiere el traslado a otras unidades o localizaciones del hospital.

- Así mismo se les encomendará la custodia y el traslado a los diferentes laboratorios del hospital de las muestras biológicas de los pacientes que requieran ser analizadas.

- Serán los responsables del traslado de los pacientes de hemodiálisis a otras unidades del hospital para la realización de otras pruebas complementarias para la mejoría de sus patologías.

Así mismo también será función de estos profesionales el traslado de los pacientes ingresados en las distintas plantas del servicio hospitalario a realizar los tratamientos de hemodiálisis correspondientes

5 Discusión-Conclusión

Las unidades de hemodiálisis del servicio hospitalario son servicios de vital importancia para la realización de tratamientos de gran delicadeza.

Muchos de los pacientes que requieren de estos servicios son personas de avanzada edad que pueden presentar problemas de movilidad, y en algunos casos pueden tener problemas cognitivos, por estas características se pone de manifiesto la importancia del celador en estas unidades hospitalarias.

Los pacientes y los profesionales de este servicio valoran mucho la presencia de estos profesionales, no solo porque proporciona una ayuda en la movilización y en el traslado de estos, sino también por el trato humano en momentos de problemas de salud.

Por todo esto se pone de relevancia que estos profesionales deberán estar formados en diferentes competencias para no alterar el normal funcionamiento de esta área, además de tener empatía con los diversos enfermos que necesitarán estas terapias.

6 Bibliografía

1. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/pruebas-y-procedimientos/diálisis/hemodialisis>.
2. <https://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>.
3. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-lasalud/enfermedades-rinones/insuficiencia-renal/hemodiálisis>.
4. Manual Básico del Celador [Internet]. [citado 12 de agosto de 2020]. Disponible en: https://books.google.com/books/about/Manual_B%C3%A1sico_del_Celador.html?hl=es&id=5UnuAQAAQBAJ.
5. Temarios propios para estudio OPE de Celador para el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
6. Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 5 de julio de 1971.

Capítulo 48

LAS AGRESIONES VERBALES O FÍSICAS SOBRE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES

PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT

NURIA GARCÍA DIAZ

PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO

MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ

M. DOLORES CORRAL LOPEZ

1 Introducción

Cuando una persona es objeto de amenazas o malos tratos en circunstancias que están relacionadas con su actividad laboral y que pongan en peligro su salud física o mental, se consideradas que sufre violencia en el trabajo. En base a lo marcado por la Organización Mundial de la Salud. Incluye tanto violencia física como psicológica. Las palabras vejatorias, los insultos, gritos... se consideran violencia verbal.

En el último informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud (2021) del Ministerio de Sanidad, se encuentran recogidos los últimos análisis de

los datos recogidos en relación con las agresiones a los trabajadores del sector sanitario, entre los que se encuentran los auxiliares administrativos.

Según dicho informe son las agresiones verbales las conductas violentas a las que más están sometidos los trabajadores de las actividades sanitarias y sociales. La Organización Internacional del Trabajo, considera que los trabajadores con puestos de trabajo relacionados con el sector servicios, debido al contacto directo que se establece con los usuarios, tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones.

Debido a la importancia que tiene este tema, ya que las consecuencias de sufrir violencia en el trabajo pueden llegar a afectar gravemente a la salud mental y a la integridad física de los trabajadores, el Ministerio de Sanidad busca poder implantar las medidas necesarias terminar en lo posible con esta lacra. Las agresiones en el puesto de trabajo además de atentar contra la integridad física y el bienestar del trabajador, también provocan una disminución de la calidad del servicio del Sistema Nacional de Salud.

El personal administrativo es junto con los facultativos, los que sufren en mayor porcentaje agresiones en su puesto de trabajo, ya las agresiones se dan sobre todo en puntos administrativos y de información y también en las consultas.

Otra faceta de la violencia en el trabajo es que se considera un riesgo laboral, debido a que la Ley 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 14.2 establece que el empresario debe garantizar la seguridad y salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo.

2 Objetivos

Abordar los aspectos clave a tener en cuenta en relación con las agresiones verbales o físicas sobre el auxiliar administrativo en el desarrollo de sus funciones.

3 Metodología

Se ha procedido a una revisión bibliográfica sobre el tema de la violencia en el trabajo. Para lograr nuestro objetivo se han realizado diversas búsquedas a través de internet utilizando los buscadores Google y Google Académico.

Se consultaron distintas publicaciones y páginas web sobre el tema. La búsqueda tenía como palabras descriptores: violencia, laboral, trabajo, verbal, física, medi-

das.

4 Resultados

La violencia en el puesto de trabajo es una realidad. En nuestro país, en el sector de la sanidad, se producen todos los días agresiones tanto físicas como verbales a los trabajadores. Estas agresiones pueden llegar a afectar de manera negativa la salud tanto física como mental del trabajador, llegando a causar enfermedades y con consecuencias que pueden llegar a arrastrar toda su vida.

En España se ha creado un Grupo de Trabajo de Estudio y Análisis de las agresiones a los profesionales del Sistema Nacional de Salud. En su último informe del año 2021, se establece que la mayoría de agresiones a los profesionales del sector sanitario recaen sobre mujeres y en las categorías de facultativos y administrativo; que los puntos de admisión e información son el segundo lugar en el ranking de lugares en los que ocurren las agresiones, las cuales son mayoritariamente verbales y amenazas.

Además en dicho informe se recoge que la causa alegada por los agresores es el trato recibido y que el agresor es en la mayor parte de los casos el usuario o paciente. Para resolver este problema de las agresiones a los trabajadores del Sistema Nacional de Salud, se proponen una serie de medidas que se dividen en tres áreas: promoción y prevención; gestión de la información; apoyo y respuesta.

Entre dichas medidas destacan, por ejemplo, dar a los trabajadores del sector sanitario la formación e información necesaria de cómo actuar en los casos de agresión, campañas de prevención, tener un sistema de recopilación de información sobre agresiones en el trabajo que sea homogéneo y de resultados los más veraces posible, dar a los trabajadores agredidos un respaldo tanto jurídico como psicológico.

5 Discusión-Conclusión

Las agresiones en el puesto de trabajo en el sector sanitario es un tema de actualidad y que está cobrando cada vez una mayor importancia. Los diferentes servicios de salud cuentan con un Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios.

Con él se pretende dar una respuesta a los profesionales del sector y además

proporcionar a los usuarios la confianza suficiente para que acudan a los servicios sanitarios sin crispación.

También este Plan trata el apoyo sanitario y legal a los trabajadores que padezcan situaciones de agresión en su puesto de trabajo. También se tienen en cuenta las agresiones en el trabajo desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales, y se trabaja día a día para el desarrollo de las medidas de prevención y protección necesarias.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272016000100420&script=sci_arttext&tlng=en
4. <https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3386>
5. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377473218300038?casa_token=4Gt-aqUIIDgAAAAA:3o4vkEh7fSD41zxNrWS9c_Uu8jkaoQcGcFJg-KyHIS5_D0Ea-guBCL2i6IQJNVIfLyvVcVyMW0y8c

Capítulo 49

COMPETENCIAS Y FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT

NURIA GARCÍA DIAZ

PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO

MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ

M. DOLORES CORRAL LOPEZ

1 Introducción

En la estructuración del trabajo y la organización hospitalaria cada vez es más diversa y compleja y estratificada debido a la demanda exponencial en referencia a la asistencia, con el fin y objetivo de conservar y mejorar la eficiencia en el conveniente manejo de los recursos.

El Puesto de Admisión y de Documentación Clínica es una estructura de apoyo en el hospital asentado en: gestionar a los usuarios que pueden ser potenciales pacientes, tramitar la correspondiente documentación clínica y la información asistencial que se ha generado.

El puesto de admisión y documentación clínica es un puesto no asistencial y que es el que facilitará el acceso del enfermo a la asistencia sanitaria especializada y su cometido en la gestión de la historia clínica.

Se encarga y es responsable de ordenar, clasificar, coordinar y priorizar para mejorar la eficiencia y eficacia en el mejor manejo de los recursos y es el punto y sitio de unión entre el usuario/enfermo y el posterior proceso asistencial.

Para que este puesto se encuentre dotado y este adaptado de un sistema de información homogéneo y fiable, garantizando así el requisito por ley de la importante gestión de protección de datos y los derechos de los usuarios/pacientes, debe disponer de una serie de requisitos básicos como son el ofrecer la formación continua del profesional auxiliar administrativo, buena comunicación interna y conveniente control de los procesos, creación de ficheros y registros de acuerdo y arreglo con la documentación que deben manejar y un software actualizado y en continua renovación que se adapte a las necesidades del puesto.

Está formado por personal sanitario y no sanitario; facultativos, enfermeros, Técnicos de enfermería, administrativos, auxiliares administrativos y los subalternos. Pero los profesionales que están encargados de gestionar la admisión de los usuarios/pacientes son los auxiliares administrativos, al igual que asimismo, son los encargados de gestionar y responsables de la documentación clínica tanto en centros ambulatorios como en hospitales.

2 Objetivos

Como objetivo principal de esta revisión en capítulo:

- Determinar los diferentes puestos y áreas que abarca el puesto de admisión y documentación clínica.

Como objetivo secundario:

- Establecer las funciones que el auxiliar administrativo tiene que desarrollar en el puesto de admisión y de documentación clínica.

3 Metodología

En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos de artículos científicos, como Pubmed y Google Academy, se consulta con personal que trabaja en este puesto y se trazan las funciones del auxiliar administrativo.

Se utilizan palabras clave como: auxiliar administrativo en sanidad, documentación clínica, puesto de admisión.

4 Resultados

La estructura de los puestos destinados a la gestión de la documentación clínica y admisión poseen un carácter multidisciplinar y puede variar según las diferentes comunidades autónomas, con independencia de ello, las funciones del auxiliar administrativo están encauzadas a la coordinación de las acciones y los recursos alrededor siempre de la asistencia al usuario/paciente.

Los auxiliares administrativos en el espacio sanitario están presentes diversos puestos como en hospitalización, zona quirúrgica, urgencias, atención ambulatoria, derivaciones intercentros, secretarías asistenciales, en el archivo de las historias clínicas, en documentación y en codificación.

- Hospitalización:

La función del auxiliar administrativo en este puesto va enfocada a coordinar los ingresos y los procesos asistenciales, gestión de las camas, traslados y altas. En cuanto a la actividad quirúrgica, el auxiliar administrativo debe incluir a los usuarios/pacientes en la lista de espera quirúrgica (LEQ), gestionar y controlar la programación para los preoperatorios y para la posterior actividad quirúrgica, llevar un registro de las salidas y control de los movimientos de la lista de espera y, por último, coordinar y poder evaluar el proceso asistencial. En las urgencias, el personal administrativo debe registrar los episodios de urgencias y coordina el proceso asistencial, suministrando un apoyo organizativo a la demanda de asistencia y atención

- Atención ambulatoria:

En los centros ambulatorios el auxiliar administrativo debe; programar y gestionar las diversas agendas, gestionar las solicitudes y demandas de cita, organización de los procesos asistenciales, incluir la gestión de los pacientes en las consultas externas, hospital de día y cualquier procedimiento que requieran programación previa.

- Derivaciones intercentros:

En esta ocasión, los auxiliares administrativos; recepcionar, registran y gestionar las solicitudes de asistencia conducentes al centro, o comenzando en el centro a otros centros sanitarios; instituyen y coordinan con otros centros asistenciales para la conveniente gestión de casos que obliguen de una asistencia urgente o una atención específica; avisar y localizar al posible paciente para la derivación;

tramitar la solicitud de asistencia y la documentación clínica que requiere, siempre garantizando en todo momento a protección de datos; programar la asistencia; conservar actualizados los expedientes y conservar el contacto, en todo momento, con el enfermo.

- Secretarías asistenciales:

Las funciones son; la planificación, coordinación y debida supervisión de las tareas administrativas consideradas de soporte para la asistencia, concernientes con la documentación clínica: informes clínicos, mantenimiento de la historia clínica, etc., y concernientes con admisión. Gestión de la documentación clínica. La responsabilidad de un auxiliar administrativo en el puesto de documentación clínica es gestionar toda aquella información clínica creada por el enfermo en una historia clínica única del usuario, custodiar, conservar, así como administrar la documentación que se ha generado en todos los procesos asistenciales.

El Archivo se encarga y responsabiliza de custodiar las historias clínicas, autoriza los movimientos y los préstamos y asegura su confidencialidad.

- Codificación:

El puesto de admisión y documentación clínica asimismo es el encargado de la codificación, depende de qué comunidad es el encargado de esta sección, además es el auxiliar administrativo, tratando la información clínica y transcribiendo las enfermedades y patologías gestionadas en el hospital en un protocolo establecido en códigos alfanuméricos que posteriormente se manejan para efectuar estudios e investigaciones sobre enfermedades, índices de calidad, costes, etc.

Se encargan de; descargar, controlar y seguir la cumplimentación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD); de descargar y de agrupar los grupos afines por el diagnóstico, y subsanación de incidencias; elaborar los informes demandados a petición de la Dirección Asistencial; colaborar en estudios, a petición del personal asistencial del hospital; informar y atender al personal asistencial y a otros puestos de actividad del Hospital que requieran nuestros puestos (coordinación de calidad, dirección, etc.).

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, todas las funciones anteriores conllevan docencia, la investigación y el desarrollo, el control de suministros, distribución del personal,

etc., que, aunque son de gran importancia, no pueden incluirse en una guía, puesto que su dedicación es muy variable.

De tal manera que el puesto de Admisión y Documentación Clínica requiere una evaluación continua a través de indicadores de actividad y de calidad. Para su reorganización se requiere formación continuada del personal auxiliar administrativo, definición y creación de ficheros, establecimiento de circuitos internos de comunicación y control de los procesos, etc.

En conclusión, es importante la compilación y actualización de una guía que normalice las funciones que el auxiliar administrativo debe desempeñar en este servicio, en los diversos puestos, para que realice a la perfección sus tareas, respetando la confidencialidad y protección de datos de los documentos con los que trabaja.

Esta guía precisa adaptaciones en función de los avances y cambios técnicos. Ello puede contribuir a la unificación y normalización del trabajo del personal administrativo.

6 Bibliografía

1. Rivilla Juárez G.M. El auxiliar administrativo de la salud en el puesto de admisión y documentación clínica. Ocronos. 2019. Disponible en: <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admisiondocumentacion-clinica/>
2. Tamayo Canillas M.L., Romero Serrano R. Puestos de admisión y documentación clínica. En: Temes JL y Mengíbar M, editores. Gestión Hospitalaria. 5ª ed. 2011. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1492&ionid=98857086>
3. Guía de gestión de puestos de admisión y documentación clínica. Instituto Nacional de Salud. Madrid. 2000. Disponible en: http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/documentos/guia_sadc_definitiva.pdf
4. Lastra M, Villazón AB, Villazón A. Admisión y documentación clínica (SADC). Ocronos. 2020. Disponible en: <https://revistamedica.com/admisiondocumentacion-clinica-sadc>

Capítulo 50

LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SISTEMA SANITARIO Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT

NURIA GARCÍA DIAZ

PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO

MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ

M. DOLORES CORRAL LOPEZ

1 Introducción

Todos nosotros hemos recurrido en alguna ocasión a un sistema sanitario, público o privado. Para una correcta atención, debemos facilitar información sobre datos personales, hábitos diarios (tabaco, alcohol, drogas, etc.) e incluso sobre antecedentes familiares.

En casos necesarios, se nos hacen pruebas con resultados que quedan por escrito en nuestra historia clínica, junto con las intervenciones quirúrgicas a las que nos hayamos sometido y las observaciones que el médico haya considerado adecuadas para expresar nuestro estado de salud.

¿Quién puede ver toda esa información? ¿Cómo se protege su acceso? ¿De qué manera se evita su difusión? Entre las múltiples funciones de los auxiliares ad-

ministrativos que trabajan en los sistemas sanitarios, está el de recogida, transcripción a soporte digital y consulta de datos para el correcto ejercicio de sus tareas.

Los datos personales que tienen relación con el usuario del sistema sanitario en base a la normativa asumen la protección de datos por ello deben ser protegidos (art. 9 RGPD). Hasta tal punto es importante el tratamiento de estos datos, que la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) ha publicado una “Guía para pacientes y usuarios de la sanidad” a finales del 2019 para poder informar al usuario de ello.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es describir la importancia del trabajo que desarrolla el auxiliar administrativo en el proceso de custodia de información en la prestación sanitaria de acuerdo con la Ley de la Protección de Datos que ampara al paciente.

Como objetivo secundario, se trata de mostrar la red de profesionales que acceden a la historia clínica y deben mantener el secreto profesional.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través del buscador “Google Académico”, con restricción a fechas 2019-2022 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, gestión, legislación de protección de datos, datos sensibles, hospital, recursos.

A través de estos tópicos, se encontraron varios documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

4 Resultados

Los datos de salud son una categoría especial de datos definida en el Reglamento 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD), relativo a protección de datos, y engloba:

- Datos identificativos y sobre la afiliación para la asistencia sanitaria.

- Datos respecto al estado de salud física y mental en cualquier momento de nuestra vida.
- El código de identificación asignado para nuestra atención, (ej.: número de historia clínica).
- Toda información que se obtenga de exámenes médicos de cualquier tipo (ej.: TAC, análisis muestras, descripción genética) o cirugías.
- Datos referentes a antecedentes familiares, discapacidad, riesgo futuro de padecer enfermedades, procedimientos y tratamientos aplicados, etc.

Los datos identificativos son siempre recogidos y grabados por auxiliares administrativos, ya sea en la primera inscripción obligatoria con el nacimiento, o bien como consecuencia de traslados domiciliarios que implican cambio de centro de salud de atención primaria o incluso, respecto a personas que nunca han acudido a un hospital y es necesario crear y asignarles un código identificativo para que puedan ser tratados en el centro.

Los datos sobre el estado de salud son recogidos en la “historia clínica”. Es un dossier personal que comprende todos los documentos relativos a los diferentes episodios sanitarios generados, aportados por cada profesional que nos ha asistido. Incluso durante la estancia hospitalaria, cada día que se efectúa una visita de personal sanitario, se recoge en la historia.

Su propósito es facilitar una idea global de nuestro estado de salud para ser consultado por cualquier profesional que deba atendernos y conocer de forma profesional los antecedentes. La historia clínica es redactada por el profesional sanitario que atiende al paciente. Ya son aislados los casos donde se pide a un auxiliar administrativo que mecanografe las historias.

Actualmente, este tipo de documentos se maneja en soporte digital en la mayor parte de los hospitales, aunque en los centros de atención primaria perviven las historias clínicas familiares en papel, donde cada familia conviviente tiene un número asignado y ahí se guardan anotaciones médicas, pruebas aportadas por los pacientes e información similar que el médico puede consultar, además de la informatizada.

Se accede a esta información digital de los pacientes a través de programas informáticos muy específicos y complejos, donde se deben introducir claves personales para la correcta identificación de quien consulta estos documentos.

Los permisos asignados al personal con acceso a la información van en función del perfil del usuario: no hace el mismo uso un profesional sanitario que un auxiliar administrativo, por lo que, aun siendo el mismo programa, se adapta a las necesidades primordiales de cada uno. E incluso dentro de las funciones del auxiliar administrativo, dependiendo de las tareas a desarrollar, se conceden más o menos permisos de acceso y/o funcionales.

Dado que no están definidas las funciones concretas de un auxiliar administrativo y que dependen totalmente del puesto en el que se encuentre, podemos decir que la tónica general es que no accedan a las historias clínicas de los pacientes, salvo que su trabajo les obligue a hacerlo. Como ejemplo, podemos decir que un profesional administrativo de centralita de llamadas o de citaciones, no tiene necesidad de buscar información en los datos de salud del paciente.

Pero en el caso de una petición de cita directa por parte de un paciente, el auxiliar de citaciones debe revisar en el informe redactado por el médico, dentro de su historia, si deja abierta la posibilidad de cita a demanda del paciente para no incurrir en error de negarle cita solicitada por un cauce no habitual.

Por otro lado, si el auxiliar desarrolla su trabajo en una secretaría de cirugía, es imprescindible ver la información compilada por los profesionales sanitarios de ese servicio o de otros íntimamente ligados a los fines comunes de ese episodio médico.

Se puede poner como ejemplo la tarea de programar operaciones de cirugía mayor ambulatoria que necesite anestesia, donde el administrativo que programa la intervención, tomando los pacientes de una lista de espera, debe comprobar si cada uno tiene las pruebas pertinentes de preoperatorio en estado de “apto”, su caducidad o la necesidad de suspender previamente y de forma preventiva algún tipo de medicación.

La documentación posteriormente será supervisada por los médicos. Con esto, se quiere dejar claro que solo se puede acceder a este tipo de información sensible cuando exista una justificación inequívoca: consulta médica, gestión de los servicios sanitarios o sociales, citas médicas, razones de interés público en el ámbito de la salud pública...

El acceso al historial clínico está limitado exclusivamente al personal sanitario implicado en el tratamiento del paciente y consecuentemente al auxiliar administrativo que debe ejecutar las órdenes del médico. El acceso por parte de otras

personas sin consentimiento, ya sean otros profesionales o familiares, está prohibido, aunque se haga con buenas intenciones.

Como excepción lógica están las personas con patria potestad de menores de entre 14 a 18 años, que sí pueden conocer su historia clínica, ya que el acceso a la información sanitaria es fundamental para velar por los menores. Por lo tanto, cuando se dirigen al auxiliar administrativo, este debe asegurarse de que ostenten ese cargo de responsabilidad y documentar si desean efectuar cambios en datos identificativos o acceder a información.

En cuanto a facilitar información a un paciente telefónicamente, se debe asegurar la correcta identificación del mismo a través de los datos que de él se dispongan en la historia, puesto que corremos el riesgo de estar revelando información a una persona que le suplante, por lo que estaríamos incurriendo en una falta.

El responsable (normalmente el médico, el centro sanitario o la administración sanitaria) y el encargado del tratamiento (los prestadores de servicios externos, como los que realizan pruebas o tratamientos extrahospitalarios si se han con tratado con terceras entidades, por ejemplo) deben tomar las medidas necesarias para garantizar que cualquier persona que actúe bajo su autoridad y tenga acceso a datos personales para utilizarlos en base a unas pautas.

Ante la denuncia por acceso indebido a datos de salud de un paciente, la Agencia Española de Protección de Datos sancionará al Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma donde trabaje el profesional que incurrió en el delito, al entender que, la entidad empleadora de este, que es la responsable del tratamiento de datos, no tenía establecidas las medidas de protección pertinentes. No es necesario que los profesionales, sanitarios o no, pidan el consentimiento a los pacientes para la recogida y utilización de datos personales y de salud si se van a utilizar para fines de prestación sanitaria o de evaluación de capacidad laboral (conforme al artículo 6.1. del RGPD).

Pero si se diera el caso de que el médico, fuera de estos fines generales, quiera utilizar los datos para otra finalidad (por ejemplo, el envío de publicidad) sí que será necesario el consentimiento del paciente.

Queda establecido por el reglamento anteriormente citado, que la responsabilidad del tratamiento de los datos que conforman la historia clínica recae en el médico o en el centro sanitario que le alberga, tanto público como privado; ellos tienen la obligación de elaborarla, custodiarla e implantar las medidas de seguri-

dad necesarias para que no se extravíe o accedan personas ajenas.

El paciente/usuario tiene el derecho de solicitar una copia de su historia clínica, con la que puede acudir a otro centro o a otro especialista; incluso, al revisarla, puede pedir rectificación o supresión de algunos datos.

Por último, hablaremos brevemente de qué es el “consentimiento informado”, ya que este documento formalizado entre médico y paciente pasa también por las manos de los auxiliares administrativos, puesto que lo tienen que digitalizar y archivar adecuadamente.

Se define en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, como aceptación libre, voluntaria y consciente de un usuario en el pleno uso de sus capacidades después de recibir la información correcta, para que tenga lugar una intervención relacionada con su salud. Es decir, el derecho a ser informado sobre el tratamiento, con los consecuentes beneficios y riesgos, opciones alternativas, y de este modo decidir si quiere someterse a él o por el contrario rechazarlo, incluso cuando esa negativa pueda llevarle a la muerte.

En el artículo 5 se establece que el titular del derecho a la información es exclusivamente el paciente, pudiendo informarse a los familiares en la medida en que el paciente lo consienta o solicite.

Según criterio del médico, en el supuesto de carecer de la capacidad para entender la información, se informará a los familiares. En el apartado 4 se regula la posibilidad de actuar sin consentimiento expreso, en el caso de que la información pueda afectar de forma negativa a su proceso.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, las funciones del auxiliar administrativo en un sistema sanitario están profundamente imbricadas en el desarrollo de la actividad de los profesionales sanitarios. Podemos decir que son su brazo ejecutor en temas administrativos de imprescindible necesidad para el correcto funcionamiento de los sistemas de salud. Por tanto, todas aquellas normas que atañen a los sanitarios sobre la protección de datos de salud de pacientes, son extensivas a quienes hacen ese tipo de trabajo “de oficina”.

Para ayudar a esta protección de datos especialmente sensibles, existe una legis-

lación que incluye casi todo tipo de situaciones, así como la definición de faltas de cumplimiento.

También están implementadas normas de seguridad en cuanto a la custodia de la información, acceso a ella e identificación de los profesionales que lo hacen, que facilitan el cumplimiento de la ley.

De tal manera que sería deseable que además existiera una breve formación para los profesionales administrativos sobre ética profesional, equiparable a un conciso código deontológico para poder actuar con un criterio común desde el principio.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, las funciones del auxiliar administrativo en un sistema sanitario están profundamente imbricadas en el desarrollo de la actividad de los profesionales sanitarios. Podemos decir que son su brazo ejecutor en temas administrativos de imprescindible necesidad para el correcto funcionamiento de los sistemas de salud. Por tanto, todas aquellas normas que atañen a los sanitarios sobre la protección de datos de salud de pacientes, son extensivas a quienes hacen ese tipo de trabajo “de oficina”.

Para ayudar a esta protección de datos especialmente sensibles, existe una legislación que incluye casi todo tipo de situaciones, así como la definición de faltas de cumplimiento.

También están implementadas normas de seguridad en cuanto a la custodia de la información, acceso a ella e identificación de los profesionales que lo hacen, que facilitan el cumplimiento de la ley.

De tal manera que sería deseable que además existiera una breve formación para los profesionales administrativos sobre ética profesional, equiparable a un conciso código deontológico para poder actuar con un criterio común desde el principio.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://revistamedica.com/tratamiento-datos-administrativo-sanidad/>
5. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
6. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Capítulo 51

EL CELADOR Y SU TRABAJO EN LA SALA DE AUTOPSIAS

CARMEN PALACIOS SALINAS

CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ

MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS

JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON

1 Introducción

Una de las funciones de propio celador, definidas en el artículo 14.2 del Estatuto de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. en la cláusula 20, que atiende al personal no médico,

“Requiere celadores para ayudar en una autopsia de una manera asistida que no requiere el uso de herramientas especiales en el cuerpo”.

Un patólogo anatómico determinará la técnica a considerar más adelante.

Ilustrar los procedimientos y pasos para cada caso examinando cada caso

Un cadáver con propósito y propósito. Hay 3 tipos:

1. Autopsia Clínica: Tiene como finalidad confirmar la causa de la muerte, es solicitada por el médico y debe ser confirmada por escrito por los familiares directos del fallecido que necesitan DNI. Esto se hace con fines de asistencia, investigación o capacitación. Los órganos a evaluar no permanecen en el cuerpo.

2. Disección espinal: a veces se requiere una disección espinal en la que el cuerpo se coloca en posición supina para estudiar el sistema nervioso central. La apertura de la columna vertebral se realiza a través de dos incisiones longitudinales a lo largo de la columna vertebral. El corte de la canal debe ser perpendicular a la superficie de la canal.

3. Autopsia médico forense: para informar a las autoridades judiciales sobre la causa y circunstancias de la muerte (accidente, suicidio, negligencia). Esto lo hace un médico forense, en cuyo caso siempre se completa una autopsia. Esto es para efectos legales. Los órganos a examinar se devuelven al cadáver.

Exitus, que significa muerte, también se usa como sinónimo de muerte, morir o morir.

La autopsia, el examen de un cadáver, es la práctica médica de realizar investigaciones científicas sobre el cuerpo humano después de la muerte. Realizar una autopsia implica abrir el cráneo, la cavidad torácica, el abdomen y la columna vertebral.

2 Objetivos

los principales objetivos de este capítulo es determinar las funciones del celador en las salas de autopsias y mortuorios y como son las salas.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en relación con los objetivos propuestos. Para ello se ha consultado con bibliotecas electrónicas (Wikipedia), bases de datos (Medline) y buscadores como Google con palabras clave como “el celador y la sala de autopsias”.

4 Resultados

Autopsias realizadas por médicos especialistas en “patología”

El objetivo es averiguar la causa de la muerte. Consiste en abrir las cavidades: tórax, abdomen, cráneo y columna para revelar los órganos.

1. Cabe señalar que el cuerpo siempre es llevado a la sala de autopsias por los reporteros del departamento de anatomía patológica. El supervisor tiene las siguientes funciones:

- Trasladar el cuerpo del almacén o congelador a la sala de autopsias y colocarlo sobre la mesa de autopsias en el lugar indicado por el patólogo.
- Realizar cualquier otra labor adicional y general que le solicite el médico, como traslados de expedientes, etc.
- Preparar a los muertos para la autopsia y realizarla.

2. Pasos necesarios para la práctica de la autopsia.

- Entrega de muestras orgánicas u otros materiales para ser analizados en el laboratorio servicios apropiados.
- Vestir y colocar el cuerpo en la morgue, cuidando la apariencia del difunto.
- Los restos humanos se colocarán en tubos sellados para su posterior transporte e incineración.
- Diluir y limpiar el cuerpo después de completar la autopsia.
- Si el paciente se encuentra en una cámara frigorífica, el personal de enfermería lo retirará 2 horas antes de que el personal funerario lo envíe para su entierro o cremación.
- Mesas de lavado y sala de autopsias.
- Limpiar todo el instrumental utilizado en la autopsia.
- Cooperación con los trabajadores de la salud sobre cualquier cosa que no deba usarse.

Herramientas en el cadáver.

- Mantendrán un registro que contenga todos los datos relacionados con el paciente.

Esto incluirá la fecha y hora en que ingresó a la morgue y la fecha y hora en que salió de la sala.

- Realizar cualquier otra labor adicional y general que le solicite el médico, como traslados de expedientes, etc.

5 Discusión-Conclusión

El cuidador es responsable de proporcionar una habitación con aire acondicionado y preparar el cuerpo sobre la mesa para que el médico forense o patólogo pueda realizar el examen y la investigación necesarios. Su función es tan importante que debemos dejar claro que sin el capataz no podríamos prepararlo todo. Por tanto, se debe tener en cuenta que la labor del supervisor en el ámbito asistencial es fundamental y siempre necesaria en cualquier servicio. No debemos olvidar que aunque no son profesionales de la salud, son trabajadores de la salud integrados que trabajan junto a los profesionales de la salud. Cuando un paciente fallece, el hospital lo llevará a sala de autopsias debidamente.

6 Bibliografía

[https://www.legalyforense.com/comentarios/245#:text=LA%20SALA%](https://www.legalyforense.com/comentarios/245#:text=LA%20SALA%20de%20Justicia%20de%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n&context=1)

Real Decreto 2230/1982, de 18 de junio, sobre autopsias clínicas

José Manuel Pérez Santana (Diplomado Universitario en Enfermería), "Actuación del celador con el paciente fallecido.

Capítulo 52

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

LORENA CONSOLACIÓN BERNAL SIERRA

MARGARITA LLEDO CARRASCO

LUBNA MOHAMED MOHAMED AAKEL

1 Introducción

Vamos a describir de manera rápida al Auxiliar administrativo en el Servicio de Urgencias como el personal de carácter no médico que se encarga de la atención directa a usuarios y pacientes que llegan por primera vez a las urgencias médicas, siendo en la mayoría de los casos el primer contacto y filtro en el proceso de estancia de los mismos en dicho servicio.

También realizan otras tareas de gran importancia, como son las gestiones de carácter informativo, tramitaciones de documentación, así como funciones de organización y coordinación de información (datos personales, historias clínicas...) de toda índole referente a los pacientes y usuarios.

Vamos a focalizar a nuestro Auxiliar administrativo en la zona de admisiones del Servicio de Urgencias, donde desempeñara su trabajo en el día a día. Algunas de sus funciones mas reseñables irán desde la llegada del paciente al mostrador donde se le solicitarán los datos y la documentación que sea necesaria (tarjeta de salud, número de DNI, datos de contacto) para así poder acceder al historial clínico del paciente y poder dar una mejor atención.

Todo esto será tratado y registrado bajo el sistema informático implantado y así ofrecer la mejor manera posible toda la información al personal sanitario para que pueda atender al paciente.

Una vez comentado todo lo anterior vamos a enumerar de manera mas específica algunas de las numerosas funciones que llevan a cabo los Auxiliares en su hacer diario en el servicio de urgencias:

- Información directa y presencial a la llegada de usuarios/pacientes.
- Registro de admisión, gestión de datos y documentos.
- Creación y gestión de historias clínicas (en el caso de que sea necesario)
- Control y coordinación de la zona de espera.
- Notificación al personal sanitario de la llegada del paciente.
- Localizar e informar a familiares en los casos que así se determine.
- Cursar órdenes de ingreso hospitalario si así se lo indican.
- Gestión documental de informes, historias y demás datos de carácter administrativo que le sean asignados.

Todo esto anteriormente mencionado se llevará a cabo bajo una clara premisa de responsabilidad y discreción máxima.

2 Objetivos

Con este capítulo buscaremos básicamente dotar de la importancia que tienen los Auxiliares Administrativos en el Servicio de Urgencias a la hora de no solo la llegada los usuarios/pacientes por primera vez y en una situación de necesidad de atención inmediata sino también a la hora de todo el procedimiento burocrático y de gestión de datos e información que maneja y que pocas veces es valorado y que sin ello los profesionales médicos no podrían desarrollar muchas veces su trabajo.

3 Caso clínico

Paciente Varón de 47 años de edad, que ingresa en urgencia en ambulancia tras sufrir un accidente de tráfico con posible traumatismo craneal, inconsciente, pero con vitales estables, se encuentra solo y lleva consigo documentación que se le hace llegar al Auxiliar para que proceda a la toma de datos y así abrir la historia clínica sobre lo acontecido.

Una vez realizado esto, se procederá a localizar a algún familiar para informar sobre lo ocurrido y así se puedan desplazar para acompañar para obtener más información de mano de los sanitarios. El auxiliar consigue localizar a la mujer

del paciente informando sobre en qué hospital se encuentra, así como una breve información sobre el estado de su marido, tras lo cual acude rápidamente hasta allí.

A la llegada de la mujer al mostrador de urgencias, se le informa con mayor exactitud sobre el estado de su marido, ya que está siendo intervenido en ese momento, invitándole a pasar a la sala de espera hasta sea informada de nuevo por el médico asignado.

Una vez finalizada la operación el médico encargado de la misma le comunica que la intervención ha sido un éxito y que su marido se encuentra bien y estable. La administrativa le informa que va a ser ingresado en planta (por lo que inicia todo el proceso de ingreso hospitalario) a la espera de ver la evolución tras la intervención, indicándole en que planta y habitación se alojará y cuando podrá pasar a verlo.

Tras todo lo acontecido, la mujer del paciente agradece toda la información y el trato recibido por parte de la Auxiliar en unos momentos de tanta tensión y nerviosismo quedando muy satisfecha por ello.

4 Discusión-Conclusión

Vamos a concluir este capítulo valorando una vez mas todo lo que realiza y por todo lo que tiene que pasar el auxiliar administrativo en un área tan sensible y caótica como es el de urgencias con todo lo que ello conlleva. Desde la admisión y registro de los pacientes que llegan y del modo que llegan, al delicado momento de informar a familiares en los casos mas graves y menos esperados.

Junto con todo el manejo de información y datos que ya damos por sabido que tienen que tratar a diario el personal administrativo y que pocas veces se valora como se merece, ya que sin ello en muchos casos no se podría llegar una correcta tramitación y evaluación administrativa, por lo que se crearía un gran caos interno en todos los departamentos.

5 Bibliografía

- Auxiliar Administrativo urgencias. Scribd. Disponible en: [mhttps://es.scribd.com/document/456031587/auxiliar-administrativo-urgencias](https://es.scribd.com/document/456031587/auxiliar-administrativo-urgencias).
- Auxiliar Administrativo urgencias. Scribd. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/456031587/auxiliar-administrativo-urgencias>.