

V LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA Y HOSPITALARIA



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

V Lecciones en Salud Comunitaria y Hospitalaria



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

V Lecciones en Salud Comunitaria y Hospitalaria

Fecha de publicación: 30 de mayo 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: 978-84-19560-66-7

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL EN PACIENTE CON MENINGOENCEFALITIS NO CONOCIDA, PRUEBAS DE IMAGEN COMO CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO PAULA PEREZ NARANJO	3
2	PRESENTACIÓN DE UN TUMOR ÓSEO MEDIANTE FRACTURA PATOLÓGICA MARTA CORTES HERNANDEZ, MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ Y GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO	9
3	TUMORES MAS FRECUENTES EN PEDIATRÍA MARTA CORTES HERNANDEZ, GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO Y SILVIA TORREJON ALMEIDA	13
4	HISTIOCITOSIS CUTÁNEA, LA GRAN SIMULADORA SILVIA TORREJON ALMEIDA, GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO Y MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ	17
5	HIJO DE MADRE VEGANA Y TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO MARTA CORTES HERNANDEZ, MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ Y SILVIA TORREJON ALMEIDA	21
6	ESTRIDOR COMO PRESENTACIÓN DE RABDOMIOSARCOMA DE TRÁQUEA EN PEDIATRÍA GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO, MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ, MARTA CORTES HERNANDEZ Y SILVIA TORREJON ALMEIDA	25

7	INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ, GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO Y SILVIA TORREJON ALMEIDA	29
8	IMPACTO DEL USO AUMENTADO DE MASCARILLAS POR LA PANDEMIA COVID-19 EN EL OJO SECO YOLANDA NAVARRO RODRÍGUEZ	33
9	LINACLOTIDE, ALTERNATIVA EFICAZ PARA TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE OGILVIE CARMEN RIOS ARANDA, DANIEL MATEOS MILLÁN Y MARÍA JOSÉ RIEGO RAMOS	39
10	LEISHMANIASIS INTESTINAL DANIEL MATEOS MILLÁN, MARÍA JOSÉ RIEGO RAMOS Y CARMEN RIOS ARANDA	43
11	SÍNDROME DE WEIL: A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ICTERICIA MARÍA JOSÉ RIEGO RAMOS, CARMEN RIOS ARANDA Y DANIEL MATEOS MILLÁN	47
12	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL RECIÉN NACIDO ELSA LECUMBERRI MARTÍNEZ, ANA SANJUAN CONDE, ALBERTO CHAPELA ANTEPAZO, ISABEL CABALLERO MARTINEZ Y CRISTINA ANDRÉS ALCOCEBA	51
13	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL SERVICIO DE NEONATOS ROSA MARÍA CALERO ESCUDERO	59
14	EL PAPEL DEL PERSONAL ENFERMERO EN LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA Y EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS REBECA SALINAS GONZÁLEZ	65

15	CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: EL ROL DE LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: PREVENCIÓN PATRICIA PRIEGO QUERO	71
16	INFLIXIMAB EN MUJERES EMBARAZADAS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DELFINA PERAL MIER	77
17	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE NEREA ÁLVAREZ ROMÁN	91
18	EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE LA TIROIDES NEREA ÁLVAREZ ROMÁN	95
19	ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA, MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO, ANA MARIA CAMARENA LILLO, MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ MERINO Y MARINA ALAÑÓN BARBA	99
20	RESECCIÓN TRANSURETRAL, MITOMICINA Y ENFERMERÍA MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA, MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO, ANA MARIA CAMARENA LILLO, MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ MERINO Y MARINA ALAÑÓN BARBA	103
21	GESTIÓN Y MANEJO DE MEDICAMENTOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA, MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO, ANA MARIA CAMARENA LILLO, MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ MERINO Y MARINA ALAÑÓN BARBA	107
22	CASO CLÍNICO URGENCIAS DE PEDIATRÍA: INTOXICACIÓN CON MONÓXIDO DE CARBONO ASTRID BAUER FERNÁNDEZ	111
23	CASO CLÍNICO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: HIPERTERMIA MALIGNA ASTRID BAUER FERNÁNDEZ	115

24	CASO CLÍNICO URGENCIAS DE PEDIATRÍA: DEBUT DIABÉTICO ASTRID BAUER FERNÁNDEZ	121
25	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA: PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS MELANIA GONZALEZ GUERRA, EVELYN MORENO MONZÓN, AITANA GONZÁLEZ MONZÓN, STEPHANIE LIARTE Y COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA	125
26	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HUNTINGTON EVELYN MORENO MONZÓN, COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA, MELANIA GONZALEZ GUERRA, AITANA GONZÁLEZ MONZÓN Y STEPHANIE LIARTE	129
27	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL EVELYN MORENO MONZÓN, MELANIA GONZALEZ GUERRA, AITANA GONZÁLEZ MONZÓN, STEPHANIE LIARTE Y COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA	133
28	LA ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DISCAPACIDADES: HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS CLAVE AITANA GONZÁLEZ MONZÓN, MELANIA GONZALEZ GUERRA, EVELYN MORENO MONZÓN, STEPHANIE LIARTE Y COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA	137
29	PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL SUEÑO NOCTURNO EN PADRES E HIJOS CON EPILEPSIA VICTOR RICARDO MÉNDEZ SÁNCHEZ, JULIA HERRANZ HERNANDO Y MIRIAM RUBIO MORAL	141
30	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD AITANA GONZÁLEZ MONZÓN, MELANIA GONZALEZ GUERRA, EVELYN MORENO MONZÓN, STEPHANIE LIARTE Y COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA	145

- 31 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS**
STEPHANIE LIARTE, MELANIA GONZALEZ GUERRA, EVELYN MORENO MONZÓN, AITANA GONZÁLEZ MONZÓN Y COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA 149
- 32 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DESHIDRATACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS**
STEPHANIE LIARTE, EVELYN MORENO MONZÓN, AITANA GONZÁLEZ MONZÓN, COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA Y MELANIA GONZALEZ GUERRA 153
- 33 HIPOGLUCEMIA: ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MEDIDAS PREVENTIVAS**
IVAN POVEDA CANTERO, NATALIYA TYUKALOVA, MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ, JUAN EMILIO NAVARRO ROGNONI Y YOLANDA MORENO PÉREZ 157
- 34 ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELIACA EN EL NIÑO**
ALBERTO MENELI MANEL MAGUGA, DAVID VALENTÍN GARCÍA DE BLAS, ANA BARRANCO RAMA, MARTA MARTÍNEZ SÁNCHEZ Y JUAN LUIS MARTÍNEZ CASTREJÓN 161
- 35 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DOLOR CRÓNICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**
ALBERTO MENELI MANEL MAGUGA, DAVID VALENTÍN GARCÍA DE BLAS, ANA BARRANCO RAMA, MARTA MARTÍNEZ SÁNCHEZ Y JUAN LUIS MARTÍNEZ CASTREJÓN 165
- 36 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL**
ALBERTO MENELI MANEL MAGUGA, DAVID VALENTÍN GARCÍA DE BLAS, ANA BARRANCO RAMA, MARTA MARTÍNEZ SÁNCHEZ Y JUAN LUIS MARTÍNEZ CASTREJÓN 169

37	CASO CLÍNICO : CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES VIOLETA SIMARRO MARTÍNEZ, CRISTINA MIRANZO HIGUERAS, LUIS LARROY ALARCON, MIGUEL PÉREZ GARCÍA-CONSUEGRA Y PAULA JIMÉNEZ GUIADO	173
38	CASO CLÍNICO: HEMODIÁLISIS VIOLETA SIMARRO MARTÍNEZ, CRISTINA MIRANZO HIGUERAS, LUIS LARROY ALARCON, MIGUEL PÉREZ GARCÍA-CONSUEGRA Y PAULA JIMÉNEZ GUIADO	179
39	SÍNDROME DEL BOURNOUT EN ENFERMERÍA VIOLETA SIMARRO MARTÍNEZ, CRISTINA MIRANZO HIGUERAS, LUIS LARROY ALARCON, MIGUEL PÉREZ GARCÍA-CONSUEGRA Y PAULA JIMÉNEZ GUIADO	185
40	TRASPLANTE HEPÁTICO MARÍA ARANGUREN SESMA, LUISA IRIBARREN LOPEZ, MARIA SALVATIERRA SALVATIERRA, SILVIA RODRIGO GARCIA Y AINHOA SOLA ONECA	195
41	CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) IVAN POVEDA CANTERO, NATALIYA TYUKALOVA, MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ, JUAN EMILIO NAVARRO ROGNONI Y YOLANDA MORENO PÉREZ	205
42	LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE OSTOMIZADO IVAN POVEDA CANTERO, NATALIYA TYUKALOVA, JUAN EMILIO NAVARRO ROGNONI, YOLANDA MORENO PÉREZ Y MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ	209
43	ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTE ONCOLÓGICO UROLÓGICO TRAS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y QUIMIOTERÁPICO CARMEN ROMERO NAHARRO, LLANOS LOPEZ MORA, ELENA CANTÓ GARCÍA, MARIA ELENA MORA MARTINEZ Y JULIANA HORTELANO HORTELANO	213

44	ENFERMERÍA ANTE LA AMILOIDOSIS VESICAL Y URETERAL CARMEN ROMERO NAHARRO, LLANOS LOPEZ MORA, ELENA CANTÓ GARCÍA, MARIA ELENA MORA MARTINEZ Y JULIANA HORTELANO HORTELANO	219
45	ENFERMERÍA ANTEPACIENTE CON CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS RENAL METASTÁSICO CARMEN ROMERO NAHARRO, LLANOS LOPEZ MORA, ELENA CANTÓ GARCÍA, MARIA ELENA MORA MARTINEZ Y JULIANA HORTELANO HORTELANO	223
46	LA RELACIÓN ENTRE LA ALIMENTACIÓN Y EL SUEÑO EN LA POBLACIÓN ADULTA MIREIA CUELLA SERRES	227
47	LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN Y EL MANEJO DEL DOLOR EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA MARÍA DEL PUERTO DILLANA FERNÁNDEZ, LIDIA FANDIÑO GOMEZ Y GLORIA MARÍN HERRANZ	235
48	CUIDADOS DE VÍA CENTRAL EN PACIENTE INTUBADO CARMEN RAMIREZ ROSILLO, ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR, ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO, ALBA GOMEZ DIAZ Y JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN	241
49	SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL POR MADRE CONSUMIDORA DE TÓXICOS CARMEN RAMIREZ ROSILLO, ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR, ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO, ALBA GOMEZ DIAZ Y JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN	245
50	INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES EN LA SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES CARMEN RAMIREZ ROSILLO, JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN, ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR, ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO Y ALBA GOMEZ DIAZ	249
51	TERAPIA DE CIERRE ASISTIDO POR VACÍO (VAC) Y SU APLICACIÓN EN EL CIERRE DE HERIDAS COMPLEJAS BEGOÑA GONZALEZ LOBETO	253

52	INTERVENCIÓN DE LAS QUEMADURAS POR ENFERMERIA NURIA SANCHEZ CAPILLA Y RAFAT BREIM FAJIM	257
53	LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA-PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ROCIO LOMAS MENDOZA	263
54	LA SALUD MENTAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SINDY PAOLA JIMÉNEZ ÁLVAREZ	267
55	PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: ENTRENAMIENTO, ESTIMULACIÓN Y REHABILITACIÓN COGNITIVA PARA EL ADULTO MAYOR NOELIA BENITO RUBIO, MARIA GARCIA LORENTE, PATRICIA RUIZ CISNEROS, GLORIA MORA RODRIGUEZ Y MARIO MILLÁN REBOLLO	273
56	ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA LAURA COMINO ROBLES	283
57	LA DIABETES GESTACIONAL MARIA ARREAZA GARCÍA Y LAURA MARTIN ESTEBAN	287
58	USO DE OLIGOSACÁRIDOS DE CARRAGENANO K/B DE BAJO GRADO SULFATADO (L-DS-KOS) EN EL MANEJO DE HERIDAS CRÓNICAS: ACTUALIZACIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS SARA VALVERDE FERNANDEZ	291
59	USO DE APÓSITOS DE NANOFIBRAS ELECTROHILADAS DE POLISACARIDOS EN EL CUIDADO Y MANEJO DE HERIDAS CRÓNICAS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SARA VALVERDE FERNANDEZ	297
60	USO DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN TRAS CESÁREA LIDIA FANDIÑO GOMEZ, GLORIA MARÍN HERRANZ Y MARÍA DEL PUERTO DILLANA FERNÁNDEZ	303

61	EL HIDROGEL COMO VEHÍCULO PARA ASEGURAR EL TRATAMIENTO Y CURA DE HERIDAS: UNA PERSPECTIVA ENFERMERA SARA VALVERDE FERNANDEZ	307
62	ENDOFTALMITIS UNA DE LAS PATOLOGÍAS OFTALMOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA PATRICIA PRIEGO QUERO	311
63	MANEJO DE ENFERMERÍA DEL CATÉTER CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO (PICC) LIDIA FANDIÑO GOMEZ, GLORIA MARÍN HERRANZ Y MARÍA DEL PUERTO DILLANA FERNÁNDEZ	315
64	CONTENCION FÍSICA PARA PACIENTES PSQUIÁTRICOS ANDREA ALONSO FERNÁNDEZ	319
65	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS PALIATIVOS MARIA JULIA MARTÍNEZ EXPOSITO, DIANA FERNANDEZ BARRASA, MONTSERRAT GÓMEZ VALERO, ANGEL JIMÉNEZ FERNÁNDEZ Y MÓNICA ESPINAZO HERNÁNDEZ	323
66	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ATENCIÓN PRIMARIA MARIA JULIA MARTÍNEZ EXPOSITO, DIANA FERNANDEZ BARRASA, MONTSERRAT GÓMEZ VALERO, ANGEL JIMÉNEZ FERNÁNDEZ Y MÓNICA ESPINAZO HERNÁNDEZ	327
67	TIPOS DE TRATAMIENTOS Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL HOSPITAL DE DÍA MARIA JULIA MARTÍNEZ EXPOSITO, DIANA FERNANDEZ BARRASA, MONTSERRAT GÓMEZ VALERO, ANGEL JIMÉNEZ FERNÁNDEZ Y MÓNICA ESPINAZO HERNÁNDEZ	331

68	EL PUERPERIO, CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DE LA MUJER TRAS EL PARTO SILVIA PEÑA FERNÁNDEZ, ALBA MARIA PINO LÓPEZ Y DAVID GÓMEZ PINTA	335
69	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS AL PACIENTE HOSPITALIZADO ALEJANDRO GONZALEZ DE LA FUENTE	343
70	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA ALIMENTACIÓN ENTERAL INES CRESPO GARCÍA, LORENA ALCARAZ RODENAS, MARÍA LUISA GÓMEZ MARTÍNEZ, ESTEFANIA BALLESTEROS CUERDA Y BERNARDINA ROMERO RÍOS	347
71	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE). LOS ENEMAS Y SUS DIFERENTES TIPOS LORENA ALCARAZ RODENAS, MARÍA LUISA GÓMEZ MARTÍNEZ, INES CRESPO GARCÍA, BERNARDINA ROMERO RÍOS Y ESTEFANIA BALLESTEROS CUERDA	353
72	EL PACIENTE TERMINAL Y EL TCAE BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO, LOUBNA CHEIKH, ROCIO MORA MUÑOZ, LAURA PILAR MOLINA CAÑIZARES Y MILAGROS DAIMIEL CASTRO	359
73	SISTEMA SANITARIO POSTCOVID Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO, LOUBNA CHEIKH, ROCIO MORA MUÑOZ, LAURA PILAR MOLINA CAÑIZARES Y MILAGROS DAIMIEL CASTRO	365
74	FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA ANA PATRICIA GONZÁLEZ IBÁÑEZ, M ^a ÁNGELES FERNÁNDEZ, FRANCISCO DIAZ FALLAS, JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO Y VANESSA PALACIOS LARA	371

- 75 LABOR DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO**
ANA PATRICIA GONZÁLEZ IBÁÑEZ, M^a ÁNGELES FERNÁNDEZ,
FRANCISCO DIAZ FALLAS, VANESSA PALACIOS LARA Y JUAN
GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO 375
- 76 LAS FORMAS DE COMUNICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE**
ANA PATRICIA GONZÁLEZ IBÁÑEZ, JUAN GONZALO RAMÍREZ
CASTELLANO, FRANCISCO DIAZ FALLAS, VANESSA PALACIOS
LARA Y M^a ÁNGELES FERNÁNDEZ 379
- 77 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE LOS LESIONADOS MEDULARES**
MARÍA BELÉN QUESADA NAVARRO, ANA ISABEL QUERENCIAS
MORENO, LAURA PICAZO LÓPEZ, LETICIA MARTINEZ REY Y IVÁN
GÓMEZ SÁNCHEZ 383
- 78 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS
CUIDADOS A PACIENTES GERIÁTRICOS**
MARÍA BELÉN QUESADA NAVARRO, ANA ISABEL QUERENCIAS
MORENO, LAURA PICAZO LÓPEZ, LETICIA MARTINEZ REY Y IVÁN
GÓMEZ SÁNCHEZ 387
- 79 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN URGENCIAS**
MARÍA BELÉN QUESADA NAVARRO, ANA ISABEL QUERENCIAS
MORENO, LAURA PICAZO LÓPEZ, LETICIA MARTINEZ REY Y IVÁN
GÓMEZ SÁNCHEZ 391
- 80 CONCEPTO BÁSICO DEL ALMACÉN SANITARIO PARA EL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
ENCARNACION FERNANDEZ VALLINA, EVA GARCÍA PÓO,
MARCOS MENENDEZ FERNANDEZ, MARÍA GONZÁLEZ VELASCO Y
MARIA BEGOÑA PÉREZ PÉREZ 395
- 81 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN EL PROTOCOLO DE HISTEROSCOPIA QX**
SARA ROMERO DÍAZ-MAROTO, LAURA REDONDO SANCHEZ Y
BERNARDA JIMÉNEZ MAESO 399

82	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIALES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BERNARDA JIMÉNEZ MAESO, SARA ROMERO DÍAZ-MAROTO Y LAURA REDONDO SANCHEZ	403
83	SÍNDROME DEL CORAZÓN IZQUIERDO HIPOPLÁSICO EN PACIENTES INFANTILES Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA LAURA REDONDO SANCHEZ, BERNARDA JIMÉNEZ MAESO Y SARA ROMERO DÍAZ-MAROTO	407
84	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE BERNARDINA ROMERO RÍOS, LORENA ALCARAZ RODENAS, MARÍA LUISA GÓMEZ MARTÍNEZ, INES CRESPO GARCÍA Y ESTEFANIA BALLESTEROS CUERDA	411
85	UNIDAD DE REHABILITACIÓN EN HOSPITAL: LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) MARCOS MENENDEZ FERNANDEZ, ENCARNACION FERNANDEZ VALLINA, MARIA BEGOÑA PÉREZ PÉREZ, MARÍA GONZÁLEZ VELASCO Y EVA GARCÍA PÓO	415
86	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ÁREA QUIRÚRGICA MARIA ANTONIA PEREZ NUÑO	419
87	CLASIFICACION DE DRENAJES PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) MARIA ANTONIA PEREZ NUÑO	423
88	EL USO DE LA BOTELLA O LA CUÑA EN PACIENTES ENCAMADOS BARBARA MUÑOZ GOMEZ	429
89	FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO GONZALO CHOCANO CASARRUBIOS, JUANA MARTIN-ALBO LARA, CARMEN MARIA LÓPEZ DE LA REINA CARRILLO, VIRGINIA HONRADO VILLAR Y VICENTA JIMENO GARCIA DE DIONISIO	433

90	FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	
	GONZALO CHOCANO CASARRUBIOS, JUANA MARTIN-ALBO LARA, CARMEN MARIA LÓPEZ DE LA REINA CARRILLO, VICENTA JIMENO GARCIA DE DIONISIO Y VIRGINIA HONRADO VILLAR	437
91	FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA FARMACIA HOSPITALARIA	
	GONZALO CHOCANO CASARRUBIOS, JUANA MARTIN-ALBO LARA, CARMEN MARIA LÓPEZ DE LA REINA CARRILLO, VICENTA JIMENO GARCIA DE DIONISIO Y VIRGINIA HONRADO VILLAR	441
92	PERIODO POSNATAL. CUIDADOS Y ATENCIONES OFRECIDOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	
	BETHSABÉ DIAZ FIDALGO	445
93	INFECCIÓN NEONATAL HOSPITALARIA. PREVENCIÓN Y RIESGO	
	BETHSABÉ DIAZ FIDALGO	451
94	EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS	
	YOLANDA OJEDA BORRAS Y RACHIDA HAYAD CHAIB	455
95	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA O TCAE EN LA UNIDAD DE ICTUS	
	YOLANDA OJEDA BORRAS Y RACHIDA HAYAD CHAIB	459
96	ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CONFLICTIVO	
	COSME DAMIÁN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, PAULA VICIOSO SÁNCHEZ, INMACULADA LOPEZ GARCIA, ANGELICA RUANO ORTEGA Y NATALIA RUBIO JIMÉNEZ	463
97	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN	
	COSME DAMIÁN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, PAULA VICIOSO SÁNCHEZ, INMACULADA LOPEZ GARCIA, ANGELICA RUANO ORTEGA Y NATALIA RUBIO JIMÉNEZ	467

98 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE LA PIREXIA DE LOS PACIENTES COSME DAMIÁN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, PAULA VICIOSO SÁNCHEZ, INMACULADA LOPEZ GARCIA, ANGELICA RUANO ORTEGA Y NATALIA RUBIO JIMÉNEZ	471
99 LA IMPORTANCIA DE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO AROA REGUERO SUAREZ	475
100 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: FASES DEL TRATAMIENTO EN LA ANOREXIA NERVIOSA M PRADO SÁNCHEZ DÍAZ TOLEDO, M ÁNGELES DIAZ-MEDINO MURCIA, M MERCEDES SANCHEZ CASADO, ROCIO DEL POZO CABALLERO Y FERNANDA RAQUEL ARIAS ROMERO	479
101 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS SARA GALDÓN GARCÍA, MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA, MARIA ESTHER FUNCIA LARGO, Mª NURIA GARCÍA FERNÁNDEZ Y MARIA YOLANDA CASTELLANOS RUF	483
102 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LA FOTOTERAPIA SARA GALDÓN GARCÍA, MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA, MARIA ESTHER FUNCIA LARGO, Mª NURIA GARCÍA FERNÁNDEZ Y MARIA YOLANDA CASTELLANOS RUF	487
103 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS ENEMAS SARA GALDÓN GARCÍA, MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA, MARIA ESTHER FUNCIA LARGO, Mª NURIA GARCÍA FERNÁNDEZ Y MARIA YOLANDA CASTELLANOS RUF	491

- 104 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL ÁMBITO SANITARIO: ARREGLO DE LA CAMA
HOSPITALARIA**
M PRADO SÁNCHEZ DÍAZ TOLEDO, M ÁNGELES DIAZ-MEDINO
MURCIA, M MERCEDES SANCHEZ CASADO, ROCIO DEL POZO
CABALLERO Y FERNANDA RAQUEL ARIAS ROMERO 495
- 105 EL SERVICIO DE MAXILOFACIAL Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ANA BELEN PATÓN GÓMEZ, PILAR BERMAL MORA, MARIA
MONTARROSO TORRES, MARIA ISABEL FERNANDEZ MAYORAL Y
CARMEN ERNESTINA NOVALBOS MUELA 499
- 106 LA ERGONOMIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
ANA BELEN PATÓN GÓMEZ, PILAR BERMAL MORA, MARIA
MONTARROSO TORRES, MARIA ISABEL FERNANDEZ MAYORAL Y
CARMEN ERNESTINA NOVALBOS MUELA 503
- 107 LA ALIMENTACIÓN ENTERAL Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ANA BELEN PATÓN GÓMEZ, PILAR BERMAL MORA, MARIA
MONTARROSO TORRES, MARIA ISABEL FERNANDEZ MAYORAL Y
CARMEN ERNESTINA NOVALBOS MUELA 509
- 108 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL ÁMBITO SANITARIO: LA IMPORTANCIA DE LA LIMPIEZA Y
DESINFECCIÓN DEL INSTRUMENTAL SANITARIO**
M PRADO SÁNCHEZ DÍAZ TOLEDO, M ÁNGELES DIAZ-MEDINO
MURCIA, ROCIO DEL POZO CABALLERO, FERNANDA RAQUEL
ARIAS ROMERO Y M MERCEDES SANCHEZ CASADO 515
- 109 LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN LAS ÚLCERAS POR
PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO**
ANA BELEN ARAQUE ROMERO DE ÁVILA Y GUILLERMO ROPERO
FUERTES 519

110 CUIDADOS ESPECIALES A INCONTINENTES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARIA DEL CARMEN DE LA UZ LLERA	525
111 ABORDAJE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LOS PIES EN EL ANCIANO MARIA DEL CARMEN DE LA UZ LLERA	529
112 TÉCNICAS LLEVADAS A CABO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA HACER LA CAMA DESOCUPADA DEL PACIENTE INGRESADO IVAN CAMACHO BURGOS, FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS Y ANA BELÉN SERRANO GARCÍA	533
113 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE EL BAÑO COMPLETO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO QUE SE ENCUENTRA ENCAMADO IVAN CAMACHO BURGOS, FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS Y ANA BELÉN SERRANO GARCÍA	537
114 REPERCUSIÓN DEL TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO MARÍA CHOCANO SÁNCHEZ CRESPO	541
115 LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DESPUES DE UN TRANSPLANTE DE CORAZON AROA REGUERO SUAREZ	545
116 PROCEDIMIENTO DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE. SILVIA PEÑA FERNÁNDEZ, ALBA MARIA PINO LÓPEZ Y DAVID GÓMEZ PINTA	549
117 MÉTODOS Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y SUJECIÓN EN PACIENTES EN RESIDENCIAS Y HOSPITALES FRANCISCA GÓMEZ ALBUGER, ZARA COLLADO RAMIREZ, BEATRIZ FAJARDO MORENO Y BELEN BELMONTE LOZANO	555

118 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS AL PACIENTE HOSPITALIZADO RAQUEL GARDE OJEDA	561
119 LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANA MARIA GOMEZ BERNAL, PEDRO ENRIQUE MARTINEZ RUIZ, LUISINA ARCURI, MARÍA DEL PILAR SAIZ CASTILLO Y FRANCISCA CUCHILLO MARTINEZ	565
120 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO ANA MARIA GOMEZ BERNAL, PEDRO ENRIQUE MARTINEZ RUIZ, LUISINA ARCURI, MARÍA DEL PILAR SAIZ CASTILLO Y FRANCISCA CUCHILLO MARTINEZ	569
121 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIÓN CON LOS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA ANA MARIA GOMEZ BERNAL, PEDRO ENRIQUE MARTINEZ RUIZ, LUISINA ARCURI, MARÍA DEL PILAR SAIZ CASTILLO Y FRANCISCA CUCHILLO MARTINEZ	573
122 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS CONSTANTES VITALES DEL PACIENTE AITANA ESPARCIA VIZCAYA, MARIA JOSÉ VIZCAYA SÁNCHEZ, NOELIA DÍAZ PÉREZ, ALMUDENA DÍAZ PÉREZ Y MARIA DE LOS LLANOS DÍAZ PÉREZ	577
123 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA AITANA ESPARCIA VIZCAYA, MARIA JOSÉ VIZCAYA SÁNCHEZ, NOELIA DÍAZ PÉREZ, ALMUDENA DÍAZ PÉREZ Y MARIA DE LOS LLANOS DÍAZ PÉREZ	581
124 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS AITANA ESPARCIA VIZCAYA, MARIA JOSÉ VIZCAYA SÁNCHEZ, NOELIA DÍAZ PÉREZ, ALMUDENA DÍAZ PÉREZ Y MARIA DE LOS LLANOS DÍAZ PÉREZ	585

125 CUIDADOS AL PACIENTE TRASPLANTADO DE RIÑÓN ANDREA ALONSO FERNÁNDEZ	589
126 FUNCIONES Y PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN DE HOSPITALES NEREA PÉREZ-CEJUELA MORENO, LUCÍA MORENO CANO, ROSA MARÍA GARRIDO REQUENA, LOLA SERRANO BELLOT Y MARIA LLANOS ALFARO JAVEGA	593
127 LA APARICIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) FRENTE A LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS EN EL AUTOCOVID ELENA TOMÁS BURGOS, ANA ISABEL LÓPEZ GARRIDO Y MARÍA JESÚS ADALID AGUILAR	597
128 ALZHEIMER: SOBRECARGA EN EL CUIDADOR Y ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ELENA TOMÁS BURGOS, ANA ISABEL LÓPEZ GARRIDO Y MARÍA JESÚS ADALID AGUILAR	601
129 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL BALANCE HÍDRICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS, ANA BELÉN SERRANO GARCÍA Y IVAN CAMACHO BURGOS	605
130 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL SOLEDAD GARCÍA LÓPEZ, MARIA DE LOS LLANOS PEREZ GIL, ISABEL INIESTA LORENTE, ANTONIA PEINADO HERNANDEZ Y FRANCISCA CALERO CRESPO	609
131 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SOLEDAD GARCÍA LÓPEZ, MARIA DE LOS LLANOS PEREZ GIL, ISABEL INIESTA LORENTE, ANTONIA PEINADO HERNANDEZ Y FRANCISCA CALERO CRESPO	613

132 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE REANIMACIÓN HOSPITALARIA SOLEDADE GARCÍA LÓPEZ, MARIA DE LOS LLANOS PEREZ GIL, ISABEL INIESTA LORENTE, ANTONIA PEINADO HERNANDEZ Y FRANCISCA CALERO CRESPO	617
133 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) FATIMA LAYACHI HAMADI	621
134 LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CORONAVIRUS FATIMA LAYACHI HAMADI	625
135 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA ANA ISABEL DELGADO OCAÑA, CRISTINA SANCHEZ GARCIA, MARIA SAGRARIO GONZALEZ VIDAL, VIRGINIA SANCHEZ GARCIA Y ALICIA AVILEO VELASCO	629
136 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MANEJO DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS CON EL PACIENTE AGITADO ANA ISABEL DELGADO OCAÑA, CRISTINA SANCHEZ GARCIA, MARIA SAGRARIO GONZALEZ VIDAL, VIRGINIA SANCHEZ GARCIA Y ALICIA AVILEO VELASCO	633
137 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PARITORIO DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA ANA ISABEL DELGADO OCAÑA, CRISTINA SANCHEZ GARCIA, MARIA SAGRARIO GONZALEZ VIDAL, VIRGINIA SANCHEZ GARCIA Y ALICIA AVILEO VELASCO	637

138 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS MONICA RUANO DOMENECH, NEREA GARCÍA DE LA TORRE, MARÍA PILAR LÓPEZ GARCIA, ENCARNACION CUENCA GONZÁLEZ Y FRANCISCA MOLINA SÁNCHEZ	641
139 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE AGITADO MONICA RUANO DOMENECH, NEREA GARCÍA DE LA TORRE, FRANCISCA MOLINA SÁNCHEZ, ENCARNACION CUENCA GONZÁLEZ Y MARÍA PILAR LÓPEZ GARCIA	645
140 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y EL PACIENTE CON ICTUS AGUDOS MONICA RUANO DOMENECH, NEREA GARCÍA DE LA TORRE, MARÍA PILAR LÓPEZ GARCIA, FRANCISCA MOLINA SÁNCHEZ Y ENCARNACION CUENCA GONZÁLEZ	649
141 LA PRESENCIA DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO EN EL INTERIOR DEL MEDIO HOSPITALARIO LOLI FERNANDEZ SOUTO	653
142 EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA MUJER EMBARAZADA ESTEFANIA BALLESTEROS CUERDA, LORENA ALCARAZ RODENAS, MARÍA LUISA GÓMEZ MARTÍNEZ, INES CRESPO GARCÍA Y BERNARDINA ROMERO RÍOS	657
143 HIGIENE DEL ANCIANO: CUIDADOS GERIÁTRICOS BEATRIZ FERNANDEZ LANZA	663
144 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DE HOSPITAL REBECCA DÍAZ RIERA	667
145 EL APARATO DIGESTIVO DEL ANCIANO BEATRIZ FERNANDEZ LANZA	671
146 TRASTORNOS NEUROLÓGICOS EN EL ANCIANO BEATRIZ FERNANDEZ LANZA	675

147 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON EL CARRO DE CURAS INMACULADA CONCEPCION SANCHEZ CAMPAYO, LOURDES SOLSONA SAGRADO, MARÍA VIRTUDES GARRIDO NAVARRO, MARGARITA VILLEGAS FERNÁNDEZ Y MARIA JOSE MORENO CALERO	679
148 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL NEONATO INMACULADA CONCEPCION SANCHEZ CAMPAYO, LOURDES SOLSONA SAGRADO, MARÍA VIRTUDES GARRIDO NAVARRO, MARGARITA VILLEGAS FERNÁNDEZ Y MARIA JOSE MORENO CALERO	683
149 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS INMACULADA CONCEPCION SANCHEZ CAMPAYO, LOURDES SOLSONA SAGRADO, MARÍA VIRTUDES GARRIDO NAVARRO, MARGARITA VILLEGAS FERNÁNDEZ Y MARIA JOSE MORENO CALERO	687
150 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS QUEMADURAS DE URGENCIA NEREA PÉREZ-CEJUELA MORENO, LUCÍA MORENO CANO, ROSA MARÍA GARRIDO REQUENA, LOLA SERRANO BELLOT Y MARIA LLANOS ALFARO JAVEGA	691
151 MUESTRAS DE ESPUTO EJECUTADA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA NEREA PÉREZ-CEJUELA MORENO, LUCÍA MORENO CANO, ROSA MARÍA GARRIDO REQUENA, LOLA SERRANO BELLOT Y MARIA LLANOS ALFARO JAVEGA	697
152 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA EN LA CLÍNICA DENTAL RAQUEL PORTAS RIOS	701
153 EL ASEO DE LOS PACIENTES ENCAMADOS REBECCA DÍAZ RIERA	705

154 VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO PROFESIONAL TATIANA TABOADA LLANEZA Y BEGOÑA ARGÜELLES ALVAREZ	709
155 LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CRÍTICOS EN UVI O UCI MARIA BUSTELO LOBO	713
156 EL SERVICIO DE QUIRÓFANO HOSPITALARIO Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SUSANA MARTINEZ GONZALEZ	717
157 ATENCIÓN FARMACÉUTICA: EL MEJOR TRATAMIENTO PARA LA CELULITIS DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA TAMAR BLANCA SERRANO	721
158 REDUCCIÓN DE LA RADIACIÓN Y EL TÉCNICO EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO JARA CENDRERO SÁNCHEZ, ANTONIO MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, LAURA VEGA NOVILLO, SANDRA JIMENEZ COLLADO Y MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ	727
159 LOS CONTRASTES Y EL TÉCNICO EN RADIOLOGÍA JARA CENDRERO SÁNCHEZ, ANTONIO MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, LAURA VEGA NOVILLO, SANDRA JIMENEZ COLLADO, MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ Y MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ	737
160 LA DOCUMENTACIÓN UTILIZADA POR UN TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA JARA CENDRERO SÁNCHEZ, ANTONIO MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, LAURA VEGA NOVILLO, SANDRA JIMENEZ COLLADO, MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ Y MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ	743
161 LA CITOLOGÍA GINECOLÓGICA Y EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLÓGICA MARTA AGUIRRE MORENO, BEATRIZ RIGOTE MORENO, MARIA SANCHEZ-MONTAÑEZ BARBA, LUCÍA RIVERA ENDRINAL Y GEMMA PALENCIA LÓPEZ	749

162	RESPUESTA CELULAR A LA LESIÓN ÁMBITO DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA MARTA AGUIRRE MORENO, BEATRIZ RIGOTE MORENO, MARIA SANCHEZ-MONTAÑEZ BARBA, LUCÍA RIVERA ENDRINAL Y GEMMA PALENCIA LÓPEZ	753
163	ANATOMÍA PATOLOGICA ANTE UNA METÁSTASIS CARDÍACA MARTA AGUIRRE MORENO, BEATRIZ RIGOTE MORENO, MARIA SANCHEZ-MONTAÑEZ BARBA, LUCÍA RIVERA ENDRINAL Y GEMMA PALENCIA LÓPEZ	757
164	LA CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES SEGÚN LA CIE-10: CONCEPTOS Y APLICACIONES RAFAEL MARCOS FUENTES FERNÁNDEZ	761
165	PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO MARIA FELISA PADIAL SANCHEZ, NOELIA UÑA BRAVO, MARIA DEL CARMEN MORA NARANJO, MARIA JOSE MORALES MARTIN CONSUEGRA Y M ANGELES GONZÁLEZ GARCÍA MINGUILLAN	767
166	IMPORTANCIA DE LA IMPLANTACIÓN DE LA CITOMETRÍA DE FLUJO EN EL LABORATORIO CLÍNICO MARIA FELISA PADIAL SANCHEZ, NOELIA UÑA BRAVO, MARIA DEL CARMEN MORA NARANJO, MARIA JOSE MORALES MARTIN CONSUEGRA Y M ANGELES GONZÁLEZ GARCÍA MINGUILLAN	773
167	ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y SU ABORDAJE EN EL LABORATORIO CLÍNICO MARIA FELISA PADIAL SANCHEZ, NOELIA UÑA BRAVO, MARIA DEL CARMEN MORA NARANJO, MARIA JOSE MORALES MARTIN CONSUEGRA Y M ANGELES GONZÁLEZ GARCÍA MINGUILLAN	779
168	RELACION ENTRE EL SISTEMA INMUNITARIO Y EL ESTRÉS NOELIA RUIZ CABRERA	785
169	CÓMO AFECTA LA SUPLEMENTACIÓN ORAL CON MONOHIDRATO DE CREATINA EN EL METABOLISMO ENERGÉRTICO MUSCULAR NOELIA RUIZ CABRERA	789

170 FUNCIONES DEL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN Y DIAGNÓSTICO PARA EL DIAGNÓSTICO A NIVEL HOSPITALARIO YOLANDA NOGUERO FIMIA, MONICA RUANO DOMENECH, VICTORIA PATÓN DÍAZ, MÓNICA SÁNCHEZ DÍAZ Y MARIA DEL CARMEN PARRA GALLEGO	793
171 TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO : POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE Y MÉTODOS DE INMOVILIZACIÓN YOLANDA NOGUERO FIMIA, MONICA RUANO DOMENECH, VICTORIA PATÓN DÍAZ, MÓNICA SÁNCHEZ DÍAZ Y MARIA DEL CARMEN PARRA GALLEGO	797
172 MAMOGRAFÍA DIGITAL CON CONTRASTE CARMEN MARIA ALVAREZ FERNANDEZ Y MARIA GONZÁLEZ GALIANO	801
173 QUISTE DE BOSNIAK CARMEN MARIA ALVAREZ FERNANDEZ	807
174 INTERVENCIÓN Y REALIZACIÓN DE UNA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) CORRECTAMENTE POR EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO ADELAIDA ARANGO FLÓREZ	811
175 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS YOLANDA NOGUERO FIMIA, MONICA RUANO DOMENECH, MARIA DEL CARMEN PARRA GALLEGO, VICTORIA PATÓN DÍAZ Y MÓNICA SÁNCHEZ DÍAZ	815
176 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA. FUNCIONES CON EL PACIENTE CARDIOLÓGICO ELENA SEPÚLVEDA PEREZ	819
177 FUNCIONES REALIZADAS POR EL PERSONAL SUBALTERNO EN LOS CENTROS DE SALUD Y EN LOS CENTROS DE HOSPITALIZACIÓN JORGE SORIA HITADO, PABLO SORIA HITADO Y MARTA COLLADOS PLAZA	823

178	CONTENCIÓN MECÁNICA, ÚLTIMO RECURSO TERAPÉUTICO. LA INTERVENCIÓN DEL CELADOR EN LA CONTENCIÓN MECÁNICA MATEO ARAQUE MOLINERO, CRISTINA CAMUÑAS DOMÍNGUEZ, ARTURO VALENTIN GARCIA, ÁNGEL TORREJÓN ALCALÁ Y ISMAEL GIL VALENTÍN	827
179	IMPORTANCIA DE LA CUALIFICACIÓN DEL CELADOR Y TODO EL PERSONAL SANITARIO EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS MATEO ARAQUE MOLINERO, CRISTINA CAMUÑAS DOMÍNGUEZ, ARTURO VALENTIN GARCIA, ÁNGEL TORREJÓN ALCALÁ Y ISMAEL GIL VALENTÍN	835
180	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN CENTROS SANITARIOS ARAMAR LÓPEZ CHAMORRO	841
181	EL CELADOR Y LA VIGILANCIA EN LOS CENTROS SANITARIOS MUNIR MOHAMED ALI	845
182	EL CELADOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN. FUNCIONES REALIZADAS EN EL GIMNASIO HOSPITALARIO PABLO SORIA HITADO, MARTA COLLADOS PLAZA Y JORGE SORIA HITADO	849
183	LA PROTECCIÓN DE DATOS DEL CELADOR HELIODORO PECO SANCHEZ, ADRIÁN CASTILLO LÓPEZ, JUAN DANIEL SANCHEZ PEÑA, FRANCISCO JAVIER MOYANO Y ISRAEL MUÑOZ RIVAS	853
184	EL SERVICIO DE FARMACIA Y EL CELADOR HELIODORO PECO SANCHEZ, ADRIÁN CASTILLO LÓPEZ, JUAN DANIEL SANCHEZ PEÑA, FRANCISCO JAVIER MOYANO Y ISRAEL MUÑOZ RIVAS	857
185	EL ALMACÉN Y EL CELADOR HELIODORO PECO SANCHEZ, ADRIÁN CASTILLO LÓPEZ, JUAN DANIEL SANCHEZ PEÑA, FRANCISCO JAVIER MOYANO Y ISRAEL MUÑOZ RIVAS	863
186	HOSTIGAMIENTO Y ACOSO LABORAL (MOBBING) ARAMAR LÓPEZ CHAMORRO	867

- 187 EL PAPEL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIO DE LOS CENTROS SANITARIOS. ACTUACIÓN Y FUNCIONES REALIZADAS POR EL PERSONAL SUBALTERNO EN PARITORIO**
PABLO SORIA HITADO, MARTA COLLADOS PLAZA Y JORGE SORIA HITADO 871
- 188 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE FARMACIA DEL HOSPITAL**
MARIA JOSE RIVERO RAYA 875
- 189 PERSONAL DE CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO DE CENTROS HOSPITALARIOS Y LOS RIESGO ELÉCTRICOS EN LOS HOSPITALES**
DAVID ABAD GONZÁLEZ, JUAN CANO PATERNA, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ, JAIME LOPEZ LOZANO Y ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ 879
- 190 PERSONAL DE CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO DE CENTROS HOSPITALARIOS CONTRA LOS INCENDIOS**
DAVID ABAD GONZÁLEZ, JUAN CANO PATERNA, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ, JAIME LOPEZ LOZANO Y ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ 885
- 191 PERSONAL DE CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO DE CENTROS HOSPITALARIOS Y SU INFLUENCIA EN LA CONFIABILIDAD DE LOS SISTEMAS Y EQUIPOS SANITARIOS**
DAVID ABAD GONZÁLEZ, JUAN CANO PATERNA, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ, JAIME LOPEZ LOZANO Y ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ 891
- 192 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS AGRESIONES RECIBIDAS EN SU ENTORNO LABORAL**
ALICIA GOMEZ GOMEZ, MARIA SOLEDAD DIAZ RODENAS, TAMARA LOPEZ MARTIN, NATALIA ROPERO PERALES Y MARIA DEL ROSARIO LIZAN DIAZ 895

193	FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL ALICIA GOMEZ GOMEZ, MARIA SOLEDAD DIAZ RODENAS, TAMARA LOPEZ MARTIN, NATALIA ROPERO PERALES Y MARIA DEL ROSARIO LIZAN DIAZ	899
194	LA PROTECCIÓN DE DATOS Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO ALICIA GOMEZ GOMEZ, MARIA SOLEDAD DIAZ RODENAS, TAMARA LOPEZ MARTIN, NATALIA ROPERO PERALES Y MARIA DEL ROSARIO LIZAN DIAZ	903
195	FUNCIONES DEL CELADOR EN HIGIENE Y CUIDADO DE LOS PACIENTES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO ABEL JESUS CALIXTO RELUCIO, ALEJANDRA FERNÁNDEZ NAVARRO, AMPARO SÁNCHEZ MORA, MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS Y MARIA JOSÉ ARENAS DE LAMO	907
196	LA FUNCIÓN DEL CELADOR EN EL ÁREA HOSPITALARIA LUIS ANTONIO MARTÍNEZ RUIZ, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ, DAVID RODRÍGUEZ MOLINA, MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ Y OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ	911
197	EL CELADOR EN LAS MOVILIZACIONES DE PACIENTES CON OBESIDAD LUIS ANTONIO MARTÍNEZ RUIZ, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ, DAVID RODRÍGUEZ MOLINA, MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ Y OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ	915
198	EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD PALIATIVA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ, DAVID RODRÍGUEZ MOLINA, MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ, OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ Y LUIS ANTONIO MARTÍNEZ RUIZ	919

199 FUNCIONES DEL CELADOR EN AMBULANCIAS EN ÁMBITO HOSPITALARIO	
AMPARO SÁNCHEZ MORA, ALEJANDRA FERNÁNDEZ NAVARRO, ABEL JESUS CALIXTO RELUCIO, MARIA JOSÉ ARENAS DE LAMO Y MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS	923
200 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CITACIONES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	
MARÍA ISABEL RUIZ IGUALADA, REBECA MARTINEZ CALVO, AMELIA GONZÁLEZ VIECO, ROSARIO SOLER BALLESTEROS Y GEMA MARIA FERNANDEZ LAZARO	927
201 EL TÉCNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL SEVICIO DE REGISTRO HOSPITALARIO	
MARÍA ISABEL RUIZ IGUALADA, REBECA MARTINEZ CALVO, AMELIA GONZÁLEZ VIECO, ROSARIO SOLER BALLESTEROS Y GEMA MARIA FERNANDEZ LAZARO	931
202 EL TÉCNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN	
MARÍA ISABEL RUIZ IGUALADA, REBECA MARTINEZ CALVO, AMELIA GONZÁLEZ VIECO, ROSARIO SOLER BALLESTEROS Y GEMA MARIA FERNANDEZ LAZARO	935
203 REVISIÓN Y PUESTA EN SERVICIO DE LAS DIFERENTES CAMAS Y CAMILLAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO, POR EL MECÁNICO SANITARIO	
LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE, OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL, ALONSO PINTOR OLIVARES, ANGEL MIGUEL PINTOR OLIVARES Y ALBERTO AVIVAR ROZALÉN	939
204 FUNCIONES DEL CELADOR DE PLANTA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	
ALEJANDRA FERNÁNDEZ NAVARRO, AMPARO SÁNCHEZ MORA, ABEL JESUS CALIXTO RELUCIO, MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS Y MARIA JOSÉ ARENAS DE LAMO	943

205	EL INGENIERO DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO: SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS, BOCAS DE INCENDIO EQUIPADAS (BIE) GABRIEL MOLINA CUESTA, LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE, OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL Y ALBERTO AVIVAR ROZALÉN	947
206	EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA FORMA CORRECTA DE DAR LA INFORMACIÓN AL PACIENTE MARÍA JOSÉ VILLANUEVA ROMERO, ROSA MARIA DE LA OSA MELERO, MARÍA VIRTUDES ARIBAS CERVANTES, NOELIA VILLALBA ALFARO Y VALENTIN GOMEZ CALCERRADA VILLARREAL	951
207	EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES ANTE RECLAMACIONES Y DISCONFORMIDADES POR PARTE DE LOS PACIENTES Y/O FAMILIARES MARÍA JOSÉ VILLANUEVA ROMERO, ROSA MARIA DE LA OSA MELERO, MARÍA VIRTUDES ARIBAS CERVANTES, NOELIA VILLALBA ALFARO Y VALENTIN GOMEZ CALCERRADA VILLARREAL	955
208	EL ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS MARÍA JOSÉ VILLANUEVA ROMERO, ROSA MARIA DE LA OSA MELERO, MARÍA VIRTUDES ARIBAS CERVANTES, NOELIA VILLALBA ALFARO Y VALENTIN GOMEZ CALCERRADA VILLARREAL	959
209	EL CALEFACTOR DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO: RIESGOS ASOCIADOS AL PUESTO DE TRABAJO DEL CALEFACTOR SANITARIO EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA DE UN CENTRO SANITARIO OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL, LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE Y GABRIEL MOLINA CUESTA	963
210	EL CELADOR EN EL ÁREA DE SERVICIO COVID-19 DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS	967

211 EL FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE GASES EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO. LABORES Y MANTENIMIENTOS REALIZADOS POR EL PERSONAL MECÁNICO SANITARIO ANGEL MIGUEL PINTOR OLIVARES, OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL, ALBERTO AVIVAR ROZALÉN, GABRIEL MOLINA CUESTA Y ALONSO PINTOR OLIVARES	971
212 LAS LABORES DEL CALEFACTOR SANITARIO EN EL SERVICIO DE LAVANDERIA DE UN HOSPITAL. FUNCIONAMIENTO Y CONTROLES DE MANTENIMIENTO EN EL TÚNEL DE PLANCHADO ALONSO PINTOR OLIVARES, OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL, LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE Y GABRIEL MOLINA CUESTA	977
213 EL CELADOR EN QUIRÓFANO ISRAEL MARCHAN LAFUENTE, CARLOS JESUS ANDRADE MORENO, MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE, PAOLA ALMODÓVAR CARDENAS Y EVA MORENO BASTANTE	981
214 FUNCIONES DEL CELADOR DESTINADO EN EL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DAVID LEON VILLAR, ANGELES SANCHEZ ALARCON, CARLOS LOPEZ GOMEZ, VIRGINIA HONRADO VILLAR Y CANDIDO CUERDA ROBLES	985
215 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE GINECOLOGÍA DAVID LEON VILLAR, ANGELES SANCHEZ ALARCON, CARLOS LOPEZ GOMEZ, VIRGINIA HONRADO VILLAR Y CANDIDO CUERDA ROBLES	989
216 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN DAVID LEON VILLAR, ANGELES SANCHEZ ALARCON, CARLOS LOPEZ GOMEZ, VIRGINIA HONRADO VILLAR Y CANDIDO CUERDA ROBLES	993

217 EL CELADOR DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SUS FUNCIONES	
ISRAEL MARCHAN LAFUENTE, MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE, CARLOS JESUS ANDRADE MORENO, PAOLA ALMODÓVAR CARDENAS Y EVA MORENO BASTANTE	997
218 EL CELADOR EN FARMACIA HOSPITALARIA	
ISRAEL MARCHAN LAFUENTE, MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE, CARLOS JESUS ANDRADE MORENO, PAOLA ALMODÓVAR CARDENAS Y EVA MORENO BASTANTE	1001
219 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	
ALBERTO CANTADOR CECILIA, NURIA GARCÍA MONTESINO, OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ, BEATRIZ REDONDO NIETO Y PABLO ANTONIO MARIN MADRID	1005
220 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS FUNCIONES EN CONSULTAS EXTERNAS	
ALBERTO CANTADOR CECILIA, NURIA GARCÍA MONTESINO, OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ, BEATRIZ REDONDO NIETO Y PABLO ANTONIO MARIN MADRID	1009
221 LA ATENCIÓN DE RECLAMACIONES, QUEJAS Y SUGERENCIAS EN SANIDAD POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
NURIA GARCÍA MONTESINO, ALBERTO CANTADOR CECILIA, PABLO ANTONIO MARIN MADRID, OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ Y BEATRIZ REDONDO NIETO	1013
222 EL PRINCIPIO DE LA MARCHA ADELANTE POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA	
ÁNGELES ESTER SÁNCHEZ GARCÍA, FERNANDO GARCÍA PEREZ-CEJUELA, SOLEDAD GARCÍA MAESTRE, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ Y MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ	1017

- 223 FUNCIONES EN UNA COCINA CENTRALIZADA EN HOSPITALES
POR EL PINCHE DE COCINA**
ÁNGELES ESTER SÁNCHEZ GARCÍA, FERNANDO GARCÍA
PEREZ-CEJUELA, SOLEDAD GARCÍA MAESTRE, JUAN RAMON
NAVARRO GONZALEZ Y MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ 1021
- 224 LA CADENA ALIMENTICIA EN UN HOSPITAL POR EL PINCHE DE
COCINA**
FERNANDO GARCÍA PEREZ-CEJUELA, SOLEDAD GARCÍA
MAESTRE, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ, MARÍA TERESA
DE LA CRUZ SÁNCHEZ Y ÁNGELES ESTER SÁNCHEZ GARCÍA 1025
- 225 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL ALMACENAMIENTO
DE LOS PRODUCTOS NO PERECEDEROS Y PERECEDEROS**
CONCEPCION CARRION CANDEL, PABLO RUEDA DEBLAS,
ANTONIO COLMENERO COLMENERO, KAROL FERNANDA TORRES
OMEN Y DOMINGO MARTÍN SANCHEZ 1029
- 226 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ACOMPAÑAMIENTO DE LOS
PACIENTES A LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS CLÍNICAS**
MARIA JOSÉ ARENAS DE LAMO 1033
- 227 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LOS RIESGOS DE LAS
HERIDAS Y CORTES**
CONCEPCION CARRION CANDEL, PABLO RUEDA DEBLAS,
ANTONIO COLMENERO COLMENERO, KAROL FERNANDA TORRES
OMEN Y DOMINGO MARTÍN SANCHEZ 1037
- 228 LA COCINA CALIENTE EN LOS HOSPITALES POR EL PINCHE DE
COCINA**
PABLO RUEDA DEBLAS, ANTONIO COLMENERO COLMENERO,
KAROL FERNANDA TORRES OMEN, DOMINGO MARTÍN SANCHEZ
Y CONCEPCION CARRION CANDEL 1041
- 229 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU ACTUACIÓN EN RELACIÓN
CON LAS PRESTACIONES SANITARIAS**
ALEJANDRO RODRIGUEZ SANCHEZ, MARIA TERESA FUENTES
DOMÍNGUEZ, AURORA FERNÁNDEZ CASTILLEJO, NEREA GARCÍA
DE LA TORRE Y KAROL FERNANDA TORRES OMEN 1045

- 230EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**
ALEJANDRO RODRIGUEZ SANCHEZ, MARIA TERESA FUENTES DOMÍNGUEZ, AURORA FERNÁNDEZ CASTILLEJO, NEREA GARCÍA DE LA TORRE Y KAROL FERNANDA TORRES OMEN **1049**
- 231AGRESIONES AL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE QUEJAS Y RECLAMACIONES**
ALEJANDRO RODRIGUEZ SANCHEZ, MARIA TERESA FUENTES DOMÍNGUEZ, AURORA FERNÁNDEZ CASTILLEJO, KAROL FERNANDA TORRES OMEN Y NEREA GARCÍA DE LA TORRE **1053**
- 232QUÉ ES LA AUTOPSIA. TIPOS DE AUTOPSIA. FUNCIÓN DEL CELADOR EN LA SALA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**
MATEO ARAQUE MOLINERO, CRISTINA CAMUÑAS DOMÍNGUEZ, ARTURO VALENTIN GARCIA, ÁNGEL TORREJÓN ALCALÁ Y ISMAEL GIL VALENTÍN **1057**
- 233EL CELADOR EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO DURANTE EL CAMBIO DE ROPA DE LA CAMA**
ANA BELÉN RUEDA NAVARRO, JOSE MANUEL PÉREZ MARÍN, DAVID LOBATO ARMARIO, JAVIER JORQUERA Y JUAN JOSÉ PAZOS CARRASCO **1061**
- 234LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN**
MARÍA DEL PILAR HERNAN MENCHEN, CONCEPCION CARRION CANDEL, MARÍA VICTORIA ABAD GARCÍA, DOMINGO MARTÍN SANCHEZ Y FELIX ALDUDO MINGUEZ **1065**
- 235EL PAPEL DEL CELADOR AL RESPECTO DE CAÍDAS EN PACIENTES INGRESADOS**
MARÍA DEL PILAR HERNAN MENCHEN, CONCEPCION CARRION CANDEL, FELIX ALDUDO MINGUEZ, MARÍA VICTORIA ABAD GARCÍA Y DOMINGO MARTÍN SANCHEZ **1069**

- 236EL CELADOR EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN UNIDADES DE SALUD MENTAL**
MARÍA DEL PILAR HERNAN MENCHEN, CONCEPCION CARRION CANDEL, FELIX ALDUDO MINGUEZ, MARÍA VICTORIA ABAD GARCÍA Y DOMINGO MARTÍN SANCHEZ 1073
- 237EL CELADOR AUXILIANDO EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE LA COLOCACIÓN DE UN ENEMA A UN PACIENTE**
JAVIER JORQUERA, JUAN JOSÉ PAZOS CARRASCO, ANA BELÉN RUEDA NAVARRO, JOSE MANUEL PÉREZ MARÍN Y DAVID LOBATO ARMARIO 1077
- 238EL CELADOR ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO. FUNCIONES DEL CELADOR EN PARITORIO Y NEONATOS**
JOSE MANUEL PÉREZ MARÍN, DAVID LOBATO ARMARIO, JAVIER JORQUERA, JUAN JOSÉ PAZOS CARRASCO Y ANA BELÉN RUEDA NAVARRO 1081
- 239LOS CELADORES Y SUS FUNCIONES DENTRO DE LA UNIDAD DE FARMACIA HOSPITALARIA.**
MARÍA JOSÉ RIERA PALACIO 1085
- 240EL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
DAVID BODAS GÓMEZ, SAMUEL RUIZ HERNÁNDEZ, JONATHAN SOLDADO HERVAS, RAQUEL DÍAZ GALVEZ Y SERGIO CAMACHO CORDERO 1089
- 241EL TRABAJO DE LOS CELADORES EN LOS ANIMALARIOS**
DAVID BODAS GÓMEZ, SAMUEL RUIZ HERNÁNDEZ, JONATHAN SOLDADO HERVAS, RAQUEL DÍAZ GALVEZ Y SERGIO CAMACHO CORDERO 1093
- 242EL TRABAJO DE LOS CELADORES EN PARITORIOS**
DAVID BODAS GÓMEZ, SAMUEL RUIZ HERNÁNDEZ, JONATHAN SOLDADO HERVAS, RAQUEL DÍAZ GALVEZ Y SERGIO CAMACHO CORDERO 1097

243	EL INGENIERO DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO: SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS: ROCIADORES ALBERTO AVIVAR ROZALÉN, GABRIEL MOLINA CUESTA, OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL Y LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE	1101
244	COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA LIDIA SANCHEZ DIAZ	1105
245	DENSITOMETRÍA ÓSEA MARIA GONZÁLEZ GALIANO Y MARIA DEL CARMEN GONZALEZ ALVAREZ	1109
246	PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL LAVADO DEL GÉNERO HAYAT DRISSI-KAITOUNI MOHAMED	1113
247	EL ETIQUETADO DE LOS ALIMENTOS POR EL PINCHE DE COCINA HAYAT DRISSI-KAITOUNI MOHAMED	1117
248	LA TURNICIDAD EN SANIDAD ESTER CASTRO ALONSO	1121

Capítulo 1

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL EN PACIENTE CON MENINGOENCEFALITIS NO CONOCIDA, PRUEBAS DE IMAGEN COMO CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO

PAULA PEREZ NARANJO

1 Introducción

La meningoencefalitis es una infección de curso agudo o crónico del sistema nervioso central, que consiste en la inflamación de las meninges (membrana que recubre el cerebro) así como del parénquima cerebral. Esta infección suele ser de origen bacteriano, fundamentalmente producida por *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*, a partir de una infección sistémica por diseminación hematógena, si bien puede producirse por otras causas como propagación directa (sinusitis, otitis o mastoiditis), heridas penetrantes, heridas quirúrgicas o fracturas craneales. Este cuadro condiciona un trastorno complejo y rápidamente progresivo que presenta una alta morbilidad y mortalidad para el paciente. Para ello es de vital importancia llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento precoces mejoran sustancialmente el pronóstico del paciente.

Con respecto al diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos y análisis de laboratorio, tanto de sangre como del LCR (líquido cefalorraquídeo), siendo prioritario

la confirmación por punción lumbar acompañado por prueba de imagen, siendo de elección la Tomografía Computarizada (TC) de cráneo sin contraste que nos permite un diagnóstico rápido así como el estudio de posibles complicaciones asociadas

Presentamos el caso de un varón de 46 años con cuadro comatoso arreactivo debido a hipertensión intracraneal secundario a cuadro de meningoencefalitis por proceso infeccioso de origen mastoideo.

2 Objetivos

Describir un caso de hipertensión intracraneal secundaria a meningoencefalitis donde destacamos la importancia de las pruebas de imagen para establecer el diagnóstico.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 46 años con cuadro clínico de cefalea intensa, otalgia e hipoacusia súbita del oído izquierdo de dos semanas de evolución acompañado de cuadro vertiginoso que no cede a pesar de tratamiento domiciliario. Acude al servicio de urgencias por pérdida de conocimiento sin otros síntomas neurológicos acompañantes.

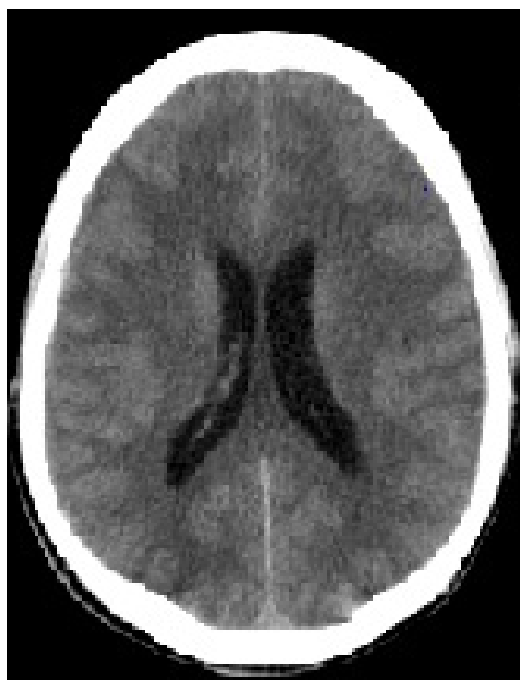
A la exploración otoscópica se evidencia tapón de cerumen impactado que ocluye la totalidad del conducto auditivo externo.

Es ingresado a cargo del Servicio de Otorrinolaringología por sospecha de cuadro de Otomastoiditis izquierda, con tratamiento antibiótico intravenoso. En dos días muestra un deterioro repentino entrando el paciente en estado comatoso, sin respuesta a estímulos (no respuesta a órdenes verbales, no respuesta al dolor, pupilas midriáticas arreactivas), rigidez nuchal, Brudzinski positivo y Babinski negativo. Puntuación Glasgow 4-5 sobre 15 puntos.

Ante la situación clínica del paciente se solicitó un TC de cráneo de urgencias donde se evidencia un aumento de la diferenciación sustancia gris-sustancia blanca, con borramiento de los surcos en la convexidad y disminución significativa del sistema ventricular con menor definición de cisternas de la base y descenso de amígdala cerebelosa izquierda.

De la misma manera se observan sutiles focos hiperdensos de pequeño tamaño en relación con focos microhemorrágicos en ambos hemisferios cerebrales. Estos hallazgos en correlación con los antecedentes clínicos del paciente (otomastoiditis) están en relación con cuadro de hipertensión intracraneal secundario a proceso infeccioso por posible propagación de origen mastoideo por diseminación directa.

De urgencias se llevó a cabo una derivación ventricular por parte del neurocirujano de guardia con abordaje frontal derecho y fue ingresado a cargo del Servicio de Cuidados Intensivos con una evolución tórpida falleciendo a los 4 días de su ingreso.



4 Discusión-Conclusión

La meningoencefalitis es la infección de las meninges (membrana que recubre el cerebro) y del parénquima cerebral, con mayor frecuencia debido a la diseminación vía hematógica de una infección bacteriana sistémica, siendo producida por más del 80% de los casos por *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*.

gitidis.

En algunos casos puede ocurrir por propagación directa (sinusitis, otitis o mastoiditis), heridas penetrantes, fracturas de cráneo y postquirúrgicas.

La presentación clínica predominante suele ser fiebre, signos de meningismo como cefalea, rigidez de nuca y fotofobia que evoluciona con alteración del estado de conciencia.

Con respecto al diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos y análisis de laboratorio, tanto de sangre como del LCR (líquido cefalorraquídeo). Su confirmación diagnóstica se obtiene del análisis del LCR por punción lumbar donde se evidencia un aumento de leucocitos, aumento de proteínas y disminución de glucosa.

Ante la sospecha de un cuadro infeccioso del sistema nervioso central es prioritario la confirmación por punción lumbar acompañado por prueba de imagen, siendo la Tomografía Computarizada sin contraste la primera prueba de elección, que nos puede ayudar a detectar signos de hipertensión intracraneal como borramiento generalizado de surcos, hidrocefalia o descenso de las amígdalas y hallazgos sugestivos de alteración de las meninges como hiperatenuación de los surcos. Se puede completar con la administración de contraste intravenoso que nos ayuda a observar el realce meníngeo o angioTC arterial o venoso en caso de sospecha de complicación vascular asociada.

A pesar de los notables avances en la prevención y el tratamiento, las enfermedades infecciosas que afectan al sistema nervioso central siguen siendo una fuente importante de morbilidad y mortalidad, sobre todo en los países menos desarrollados y en las personas inmunodeprimidas.

En conclusión la meningoencefalitis es una enfermedad grave de rápida evolución, por lo que es de primordial importancia realizar un TC de urgencias, ya que su diagnóstico y tratamiento precoces mejoran sustancialmente el pronóstico del paciente.

5 Bibliografía

1. Shih RY, Koeller KK. Bacterial, Fungal, and Parasitic Infections of the Central Nervous System: Radiologic-Pathologic Correlation and Historical Perspectives: From the Radiologic Pathology Archives. *RadioGraphics* 2015; 35:1141-1169. <https://doi.org/10.1148/rg.2015140317>
2. Del Cura JL, Gayete A, Rovira A, Pedraza S. Infecciones del sistema nervioso

central. Radiología Esencial: Tomo II. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018. p.1621-1643

Capítulo 2

PRESENTACIÓN DE UN TUMOR ÓSEO MEDIANTE FRACTURA PATOLÓGICA

MARTA CORTES HERNANDEZ

MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ

GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO

1 Introducción

Los tumores óseos en edad pediátrica constituyen, un 6% de todas las neoplasias infantiles.

El osteosarcoma (OS) y el sarcoma de Ewing (SEw) son los dos tumores más frecuentes en niños.

Su forma de presentación habitual es en forma de tumoración ósea dolorosa y palpable, a menudo con afectación de partes blandas. La clínica habitual suele ser el dolor e impotencial funcional en la localización afecta, siendo la fractura patológica del hueso, a menudo de forma secundaria a traumatismos, una forma de presentación menos frecuente

Los huesos mas frecuentemente afectados son los huesos largos, a menudo en las metáfisis de los huesos de extremidades, siendo menos frecuente su aparición en el esqueleto axial. Las metástasis ocurren en pulmón y en otros huesos, siendo en ocasiones la fractura patológica de una metástasis ósea en lugar distinto del tumor primario, la forma de presentación inicial de la enfermedad, que ocurre a menudo en niños a partir de los 10 años de edad, con un pico de incidencia en la adolescencia, dada la relacion de la etiopatogenia del tumor con los periodos de rápido crecimiento

El origen tumoral suele ser una mutación puntual esporádica, no estando demostrada su relación con agentes cancerígenos externos.

2 Objetivos

Describir la fractura patológica ósea como forma de presentación de tumores óseos mas frecuentes en la edad pediátrica: OS y SEw.

3 Caso clínico

Varón de 12 años, previamente sano y sin antecedentes familiares de interés, que acude al servicio de Urgencias pediátricas por presentar dolor e impotencia funcional en pierna izquierda tras traumatismo leve por caída en su domicilio.

A la exploración física, destaca dolor con deformidad ósea en rodilla derecha e incapacidad para la marcha.

El resto de la exploración física por aparatos es normal.

Se realiza radiografía simple de miembro inferior izquierdo, que evidencia fractura ósea patológica de fémur izquierdo sobre hueso que presenta tumoración con patrón de agresividad en tercio distal de fémur. Además, se solicita Radiografía de tórax, con resultado normal.

Es valorado por Pediatría y Traumatología, se realiza inmovilización de la fractura e ingreso del paciente para completar estudio con Resonancia Magnética y biopsia de tumoración, que confirma diagnóstico de osteosarcoma convencional. Se realiza estudio de extensión que descarta la presencia de metástasis a distancia ni en otros huesos ni en pulmón, por lo que se inicia tratamiento según esquemas habituales de quimioterapia, con intervención quirúrgica programada en un segundo tiempo tras la evaluación de la respuesta del tumor a la quimioterapia y constatar que los pacientes son buenos respondedores.

La fractura patológica conllevará inmovilización del paciente, con el consiguiente aumento de la morbilidad por hospitalización prolongada que ello conlleva, siendo por tanto fundamental la recomendación de evitar ejercicio físico intenso en pacientes con diagnóstico conocido de tumores óseos durante la fase de quimioterapia preoperatoria previa a la cirugía, para evitar posibles fracturas. El tratamiento multidisciplinar en unidades específicas de Oncología, Traumatología y Rehabilitación infantil, es imprescindible para el correcto manejo de estos pacientes, evitar el aumento de la morbilidad y mejorar el pronóstico global de estos pacientes.

4 Discusión-Conclusión

Las fracturas patológicas son una forma de presentación poco frecuente de tumores óseos en edad pediátrica, a tener en cuenta por su gravedad sobre el hueso enfermo.

Normalmente, son subsidiarias de inmovilización durante la fase de quimioterapia preoperatoria debiendo intervenirse como parte de la cirugía oncológica del tumor primario.

El tratamiento del tumor se compone de quimioterapia (esquemas basados en Metrotexate, Cisplatino y Adriamicina así como Ifosfamida) cirugía y consolidación con quimioterapia. Aunque no es un tumor radiorresistente, la radioterapia, debido a las altas dosis necesarias, se reserva para control de síntomas y en casos paliativos

Es importante evitar actividad física intensa en pacientes pediátricos con tumores óseos ya conocidos, por el mayor riesgo de fracturas patológicas sobre el hueso afecto.

5 Bibliografía

D. Plaza, A. Sastre y P. García-Miguel. Oncología. Tumores óseos. *Pediatr Contin.* 2008;6(5):266-75

K.H. Gelberg, E.F. Fitzgerald, S. Hwang, R. Dubrow.

Growth and development and other risk factors for osteosarcoma in children and young adults.

Int J Epidemiol., 26 (1997), pp. 272-278

Capítulo 3

TUMORES MAS FRECUENTES EN PEDIATRÍA

MARTA CORTES HERNANDEZ

GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO

SILVIA TORREJON ALMEIDA

1 Introducción

Los tumores son la causa más frecuente de mortalidad en niños mayores de un año y constituyen, además, una importante causa de morbilidad en la edad pediátrica.

Conocer los principales tumores en este periodo y su diagnóstico inicial, es fundamental para el Pediatra de Atención Primaria así como para aquellos que trabajan en servicios de Urgencias.

Los principales tumores en niños son las leucemias (principalmente las de estirpe linfoide, siendo menos frecuentes las de origen mieloide) seguidos de los linfomas (los más frecuentes en niños son los linfomas no Hodgkin, especialmente los linfomas linfoblasticos y los linfomas Burkitt) seguidos de los tumores del sistema nervioso central, siendo estos últimos los tumores sólidos mas frecuentes en niños. Dentro de los tumores del sistema nervioso central, los más frecuentes por número de presentación son los gliomas de bajo grado (astrocitomas) seguidos de los tumores de origen embrionario (meduloblastoma).

En menor frecuencia, se sitúan los neuroblastomas, siendo estos los tumores sólidos extracraneales más frecuentes en Pediatría) así como los tumores de Wilms

o nefroblastomas y los sarcomas (dentro de los cuales, destaca el rabdomiosarcoma como sarcoma de partes blandas mas frecuente en Pediatría y el sarcoma de Ewing y el osteosarcoma como sarcomas óseos mas frecuentes en los niños.

2 Objetivos

El objetivo del presente artículo consiste en describir los principales tipo de neoplasias, tanto solidas como hematológicas, en la edad pediátrica.

3 Caso clínico

Los tumores son la causa más frecuente de mortalidad en niños mayores de un año y constituyen, además, una importante causa de morbilidad en la edad pediátrica.

Conocer los principales tumores en este periodo y su diagnóstico inicial, es fundamental para el Pediatra de Atención Primaria así como para aquellos que trabajan en servicios de Urgencias.

Los principales tumores en niños son las leucemias (principalmente las de stirpe linfoide, siendo menos frecuentes las de origen mieloide) seguidos de los linfomas (los más frecuentes en niños son los linfomas no Hodgkin, especialmente los linfomas linfoblasticos y los linfomas Burkitt) seguidos de los tumores del sistema nervioso central, siendo estos últimos los tumores sólidos mas frecuentes en niños. Dentro de los tumores del sistema nervioso central, los más frecuentes por número de presentación son los gliomas de bajo grado (astrocitomas) seguidos de los tumores de origen embrionario (meduloblastoma).

En menor frecuencia, se sitúan los neuroblastomas, siendo éstos los tumores sólidos extracraneales más frecuentes en Pediatría) así como los tumores de Wilms o nefroblastomas y los sarcomas (dentro de los cuales, destaca el rabdomiosarcoma como sarcoma de partes blandas mas frecuente en Pediatría y el sarcoma de Ewing y el osteosarcoma como sarcomas oseos mas frecuentes en los niños.

En menor frecuencia, podemos destacar los tumores hepaticos, como el hepatoblastoma, de origen embrionario y presente en los primeros años de vida, y los tumores de celulas germinales, con un pico en los primeros años y vida y otro en la adolescencia (estos últimos pueden ser de localización intra y extracraneal y su grado de malignidad es variable en función de la madurez, pudiendo ser completamente benignos (teratomas) hasta presentar un alto grado de agresividad que precise tratamiento multidisciplinar para su abordaje.

4 Discusión-Conclusión

La patología tumoral, aunque infrecuente en la edad pediátrica, debe ser conocida por su alto impacto en morbilidad y mortalidad en la infancia (se conoce que los tumores son la segunda causa de muerte en mayores de un año, por encima de los accidentes).

Conocer los principales tipo de neoplasias, tanto sólidas como hematológicas, presentes en los niños, es fundamental para poder ofrecer un diagnóstico precoz y dirigido a cada tipo de tumor

Es importante recordar que este tipo de patologías deben ser tratadas en centro con experiencias, pues requieren de equipos multidisciplinares altamente cualificados (oncología pediátrica, cirugía pediátrica oncológica, radioterapia, cuidados intensivos, etc.).

5 Bibliografía

Fernández-Teijeiro Álvarez A. Signos de sospecha de neoplasias.

En: XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría

Extrahospitalaria y de Atención Primaria. Tenerife, octubre de 2008.

Álvarez Silván AM, Santana V. Signos y síntomas de alarma en el cáncer infantil.

[Monografía en internet]. Oncopedia – Cure4kidsTM;

2010 [en línea] [consultado el 10/02/2014]. Disponible en: [https:// www.cure4kids.](https://www.cure4kids.org/ums/oncopedia/case_detail/)

[org/ums/oncopedia/case_detail/](https://www.cure4kids.org/ums/oncopedia/case_detail/)

[chapter/ ?id=34](https://www.cure4kids.org/ums/oncopedia/case_detail/)

Capítulo 4

HISTIOCIDITIS CUTÁNEA, LA GRAN SIMULADORA

SILVIA TORREJON ALMEIDA

GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO

MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ

1 Introducción

La Histiocitosis de célula de Langerhans (HCL) se trata de una neoplasia de células mieloides producida por mutaciones somáticas que inducen la vía de señalización dependiente de la proteína quinasa de activación mitogénica (MAPK).

Las manifestaciones clínicas son muy variables, ya que van a depender de la localización de las lesiones y de la extensión, destacando la afectación ósea y cutánea. Dada la amplia variedad de síntomas de presentación, en ocasiones el diagnóstico diferencial es amplio y dificultoso, siendo imprescindible la realización de diferentes estudios para descartar otros procesos malignos e infecciosos.

El diagnóstico se basa en la confirmación histológica, completándose mediante pruebas analíticas y radiológicas que nos permitirán determinar la extensión de la afectación, que puede ser única o multisistémica, y la presencia o no de disfunción en órganos de riesgo como sistema hematopoyético, hígado y bazo.

Además, la realización de estudios moleculares, para identificar mutaciones en BRAFV600E y otros genes como MAP2K1, apoyarían el diagnóstico. Estas determinaciones tienen relevancia clínica y pronóstica, y pueden ampliar las posibilidades terapéuticas mediante el uso de tratamientos dirigidos.

El manejo terapéutico de los pacientes con HCL dependerá de la extensión de la enfermedad y de los órganos implicados, desde la terapia local en lesiones localizadas, a la quimioterapia sistémica en afectación de múltiples órganos.

2 Objetivos

Destacar la importancia de un correcto diagnóstico diferencial ante lesiones cutáneas en la edad pediátrica, a través de la presentación de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente varón de 17 meses con cuadro clínico de un mes de evolución, consistente en lesiones cutáneas máculo-papulosas distribuidas en tórax y abdomen. Inicialmente sin síntomas asociados, posteriormente inicia prurito intenso que interfiere el descanso nocturno.

Sin antecedentes familiares de interés, convive en ambiente urbano con ambos progenitores que no refieren síntomas, y sin mascotas en domicilio.

Como antecedentes personales, el paciente no presenta alergias de interés y tiene el calendario vacunal correcto para su edad. Se encuentra en seguimiento por Cirugía Pediátrica por quiste esplénico y por Infectología Pediátrica por adenopatías inguinales y abscesos de repetición, por lo que se realizó despistaje de inmunodeficiencia, descartándose existencia de la misma.

Ante sospecha inicial de posible etiología infecciosa, el paciente recibe tratamiento con tratamiento antibiótico tópico, sin mejoría. Dada la evolución tórpida del cuadro, se decide realización de biopsia cutánea, donde se observa proliferación de células de Langerhans (CD1a+, S100+).

Ante dichos hallazgos y sospecha de posible HCL, se completa estudio con realización de analítica sanguínea, mapa óseo y ecografía abdominal, todas ellas con resultado normal.

El paciente es valorado por Dermatología, que tras exploración física y sospecha de escabiosis, revisa muestras de biopsia, donde se objetiva reacción inflamatoria linfohistiocitaria compatible con hiperplasia de células de Langerhans, CD1a+ y S100+ con ciclinaD1- y p53-, así como visualización de ácaros en estrato córneo compatible con escabiosis, por lo que se descarta la sospecha de HCL.

Ante diagnóstico de escabiosis, se inicia tratamiento con Permetrina 5% tópica e Ivermectina oral, tanto en el paciente como en convivientes. Tras inicio del tratamiento, el paciente presentó mejoría de las lesiones, aunque dada la importante reacción inflamatoria asociada ha presentado empeoramientos puntuales, que han precisado ciclos de tratamiento con antiinflamatorio tópico.

4 Discusión-Conclusión

La histiocitosis cutánea aislada aparece en <5% de los casos, siendo más frecuente en neonatos y lactantes. Suelen ser lesiones papulocostrosas y descamativas de coloración marronácea que en ocasiones confluyen y pueden ulcerarse a nivel central, siendo difícil su diagnóstico diferencial con procesos banales frecuentes en la edad pediátrica como pueden ser la dermatitis seborreica o las infecciones cutáneas, de ahí la importancia de la biopsia cutánea ante lesiones de evolución tórpida.

Las técnicas de inmunohistoquímica facilitan el diagnóstico diferencial dado que muchas enfermedades pueden simular a nivel histológico la HCL. Además de la positividad para CD1a y S100, la ciclinaD1 y la p53 pueden ayudar a diferenciar la hiperplasia de la histiocitosis de células de Langerhans siendo positivas en esta última. Los estudios moleculares están en auge y son importantes para la identificación de futuras dianas terapéuticas que permitan el desarrollo de tratamientos más focalizados.

5 Bibliografía

1. Astigarraga, I., García-Obregón, S., Pérez-Martínez, A., Gutiérrez-Carrasco, I., Santa-María, V., Rodríguez-Vigil Iturrate, C., Lorite Reggiori, M., Murciano Carrillo, T., & Torrent, M. (2022). Histiocitosis de células de Langerhans. Avances en la patogenia y práctica clínica. *Anales de pediatría* (Barcelona, Spain: 2003), 97(2), 130.e1-130.e7. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.05.002>
2. Emile, J.-F., Cohen-Aubart, F., Collin, M., Fraitag, S., Idbaih, A., Abdel-Wahab, O., Rollins, B. J., Donadieu, J., & Haroche, J. (2021). Histiocytosis. *Lancet*, 398(10295), 157–170. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00311-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00311-1)
3. Allen, C. E., Merad, M., & McClain, K. L. (2018). Langerhans-cell histiocytosis. *The New England Journal of Medicine*, 379(9), 856–868. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1607548>

Capítulo 5

HIJO DE MADRE VEGANA Y TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

MARTA CORTES HERNANDEZ

MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ

SILVIA TORREJON ALMEIDA

1 Introducción

Las dietas vegetarianas son cada vez más frecuentes en nuestro entorno, así como las veganas, tanto en adultos como en niños.

Estas dietas no están contraindicadas en la edad pediátrica, aunque se recomienda un seguimiento nutricional estrecho por parte de su pediatra de cara a identificar posibles déficits nutricionales, así como para indicar suplementos de vitamina b12, puesto que su déficit puede ocasionar importantes secuelas a nivel nutricional y en el neurodesarrollo de cerebros en niños en edades tempranas.

Las dietas restrictivas exentas de carne suelen ser carentes en vitamina b12, la cual se encuentra mayoritariamente en las carnes rojas y en muy poca cantidad en otros alimentos como vegetales.

El déficit de esta vitamina, produce anemia con características macrocíticas en adultos, mientras que en niños, especialmente en aquellos que se encuentran en periodo de neurodesarrollo, puede producir atrofia cerebral con síntomas como ataxia y deterioro del nivel de conciencia. La suplementación con vitamina

b12 mejora rápidamente los síntomas, estando indicando iniciarla tan pronto se sospeche el déficit de la misma o presente el paciente síntomas compatibles. Dado el aumento de dietas vegetarianas y veganas, se realiza una encuesta a los pediatras de atención primaria sobre el tipo de dieta que reciben los niños entre 0 y 14 años en su área de salud.

2 Objetivos

El objetivo del estudio es realizar una encuesta de salud a los pediatras de atención primaria acerca de las dietas vegetarianas y veganas a niños en su área de salud con el objetivo de conocer si reciben suplementación o en su defecto recomendarla.

3 Metodología

Se realizan encuestas presenciales, coincidentes con revisiones de salud del niño sano, a los 2 meses, 6 meses y año de vida a recién nacidos y en cualquier otra visita pediátrica al resto de los niños menores de 14 años que reciban atención por parte de pediatras en centros de salud.

4 Resultados

Se realizaron en total 150 encuestas nutricionales a niños de edades comprendidas entre los 0 y los 14 años, con el objetivo de conocer el tipo de dieta recibida (variada, vegetariana o vegana).

Del total de encuestas realizadas, 15 pacientes (10%) respondió recibir dieta vegetariana o vegana, en todos los casos desde el inicio de la alimentación complementaria.

De estos 15 pacientes que recibían dieta vegetariana, 10 pacientes (66%) recibían suplementos vitamínicos con vitamina b12, mientras que el restante 33% (5 pacientes) no recibían suplementación.

En todos los niños que seguían dieta vegetariana o vegana, el veganismo se practicaba por todos los miembros restantes de la familia, incluidas las madres durante el periodo de embarazo y lactancia materna. En todos los casos, los niños recibieron un inicio progresivo de alimentación complementaria mediante el método baby led weaning (se trata de un método de alimentación autorregulada en la que

los alimentos, en lugar de ofrecerse triturados se ofrecen a modo de sólidos blandos. Además, las comidas se realizan en familia en compañía del bebé, que decide cuanto y de cada cosa comer).

En dos de los casos, las madres tenían diagnóstico de anemia por déficit de vitamina B12, y en uno de ellos, la alimentación con lactancia materna exclusiva se llevó a cabo durante el periodo deficitario de la anemia de la madre en la que no recibía tratamiento.

En este caso, el niño tuvo un retraso madurativo que condiciono un inicio más tardío de la alimentación complementaria y más continuidad de la lactancia materna exclusiva. Este hecho, probablemente estuvo relacionado con cierto grado de inmadurez cerebral asociado al déficit de vitamina b12 (puesto que en época de lactante la vitamina b12 se adquiere con la lactancia materna).

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los pacientes (12 de 15) aceptó las recomendaciones dietéticas y de suplementación para obtener un equilibrio en el aporte vitamínico dentro de la dieta vegana/vegetariana en niños, que si bien no está contraindicada, exige un control más riguroso desde el punto de vista nutricional que en los adultos, dadas las implicaciones de la vitamina b12 en el neurodesarrollo cerebral.

La suplementación con b12 debe ser una norma, tanto para madres durante el periodo de lactancia, como para niños al inicio de la alimentación complementaria. El pediatra debe tener un papel fundamental en la planificación de la dieta de estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Springmann M, Clark M, Mason-D'Croz D, Wiebe K, Bodirsky BL, Lassaletta L, et al. Options for keeping the food system within environmental limits. *Nature*. 2018;562:519-525.
2. Melina V, Craig W, Levin S. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116:1970-80.

Capítulo 6

ESTRIDOR COMO PRESENTACIÓN DE RABDOMIOSARCOMA DE TRÁQUEA EN PEDIATRÍA

GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO

MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ

MARTA CORTES HERNANDEZ

SILVIA TORREJON ALMEIDA

1 Introducción

El estridor es un ruido respiratorio que proviene del paso del aire turbulento por la vía aérea superior, concretamente la laringe. Es algo muy frecuente en pediatría y un motivo de consulta muy frecuente en urgencias pediátricas. Tiene muchas etiologías, principalmente las causas infecciosas en pediatría; sin embargo, en casos de mayor persistencia o peor respuesta al tratamiento no debemos olvidar causas obstructivas, laringomalacia, como malformaciones vasculares, cuerpos extraños o tumores. El diagnóstico suele ser clínico y no precisa de prueba complementaria. El tratamiento habitual del estridor en pediatría es con aerosolterapia, corticoterapia y para casos más complejos terapia con helio. Sin embargo, cuando persiste o reaparece en varias ocasiones deberemos realizar pruebas de imagen de la zona con tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM) y una fibrobroncoscopia para una visualización directa de la zona. Aunque es poco frecuente, en ocasiones podemos causar tumores que comprimen la vía

área en los niños produciendo el estridor, uno de ellos aunque poco frecuente es el rabdomiosarcoma, un tumor maligno que puede aparecer en múltiples localizaciones del cuerpo produciendo sintomatología muy diversa. El rabdomiosarcoma requiere de un abordaje multidisciplinar para su tratamiento con una correcta cirugía, junto con una quimioterapia intensiva y una radioterapia de la zona.

2 Objetivos

Exponer un caso clínico de estridor como presentación de rabdomiosarcoma de tráquea.

3 Caso clínico

Niña de 4 años procedente de Rumanía, previamente sana, la segunda de tres hermanos sanos. No antecedentes familiares de interés. Correctamente vacunada. Presenta en los últimos meses varios cuadros de broncoespasmo que precisan tratamiento con broncodilatadores. Una semana previa al ingreso comienza con estridor bifásico que precisa ingreso en hospital comarcal e inicio de aerosolterapia con adrenalina y oxigenoterapia, sin embargo, presenta empeoramiento brusco que requiere intubación endotraqueal urgente y traslado a hospital de referencia. Debido a que presenta problemas con el tubo endotraqueal que es de menor calibre del habitual a su edad se decide realizar prueba de imagen local con RM y fibrobroncoscopia. En la fibrobroncoscopia se evidencia masa que protruye en la luz del tercio proximal de la tráquea que obstruye el 30% de la luz de la misma y en la RM una masa que tiene origen en tráquea que obstruye parte de esta y así mismo se extiende a los tejidos circundantes desplazándolos sin infiltrarlos. Se realiza biopsia eco-guiada por radiología intervencionista siendo diagnosticado de rabdomiosarcoma embrionario fusión PAX-FOXO negativa. Se realiza estudio de extensión de la enfermedad con TC corporal total y con PET-TC confirmándose que se trata de una enfermedad localizada. Se inicia tratamiento según protocolo con ciclos IVA (ifosfamida, vincristina y actinomicina D). Se evaluó tras terminar el primer ciclo no evidenciándose respuesta al tratamiento por lo que se planteó una cirugía precoz de la vía aérea que consistió en una resección tumoral y anastomosis de los extremos traqueales. La paciente continuó con los ciclos de quimioterapia programados, presentando una excelente evolución. Presentó algunos cuadros de neutropenia febril sin aislamiento microbiológico. Al finalizar todo el tratamiento se encuentra en remisión completa y asintomática desde el punto de vista respiratorio.

4 Discusión-Conclusión

El estridor en pediatría es muy frecuente y habitualmente es debido a causas infecciosas y tiene muy buen pronóstico y se resuelve con facilidad. Sin embargo, debemos tener en cuenta que cuando este no tiene una correcta evolución o persiste pese al tratamiento debemos plantearnos otras causas, entre ellas las tumorales, como las del caso clínico presentado. El rabdomiosarcoma puede aparecer en prácticamente cualquier localización de tejidos blandos, siendo la traqueal una rara localización. Es importante realizar un abordaje multidisciplinar del caso estabilizando al paciente y su vía aérea. Se debe intentar con la quimioterapia disminuir la masa tumoral para que la cirugía sea lo más segura posible. El abordaje multidisciplinar es fundamental para el correcto manejo de este tipo de tumores en estas localizaciones.

5 Bibliografía

1. Hawkins, WG, Hoos A, Antonescu C, et al. Clinicopathologic analysis of patients with adult rhabdomyosarcoma. *Cancer* 2001; 91:794-803.
2. Breneman JC, Lyden E, Pappo AS. Prognostic factors and clinical outcomes in children and adolescents with metastatic rhabdomyosarcoma – A report from the Intergroup Rhabdomyosarcoma Study IV. *Journal of Clinical Oncology* 2003; 21:78-84.
3. Wexler LH, Meyer WH, Helman LJ.. Rhabdomyosarcoma and the Undifferentiated Sarcomas. In: Pizzo PA, Poplack DG, Eds. *Principles & Practice of Pediatric Oncology*.. 5th EdCrist WM, Garnsey L, Beltangady MS, et al..
4. Prognosis in children with rhabdomyosarcoma: A report of the Intergroup Rhabdomyosarcoma Studies I and II., 8 (*J Clin Oncol* 1990), pp. 443-452.

Capítulo 7

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ

GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO

SILVIA TORREJON ALMEIDA

1 Introducción

Las infecciones de orina son uno de los principales motivos de consulta entre los servicios de urgencias de pediatría. Supone además una de las principales indicaciones de tratamiento antibiótico en esta edad. El germen más frecuentemente implicado es *Escherichia coli*, seguido en la distancia de *Enterobacter spp.* y *Proteus spp.*

El cuadro clínico en los niños y lactantes menores de 3 años que aún no tienen control miccional es variable. Se puede presentar como un cuadro de fiebre sin foco o bien con síntomas inespecíficos como vómitos, rechazo de la ingesta o malestar general y no tanto con los síntomas clásicos del adulto y del niño mayor, es decir: polaquiuria, disuria y urgencia miccional.

Se suele abordar inicialmente para el diagnóstico mediante la colocación de una bolsa perineal para la recogida de orina y el empleo de tiras reactivas. En los casos negativos nos puede valer como despistaje inicial pero ésta muestra no es válida para cultivo ya que frecuentemente puede estar contaminada si no se

lleva acabo una adecuada higiene de la zona en su recogida. Por eso siempre, debemos confirmar un resultado positivo mediante la orina recogida por una técnica esteril como es el sondaje del tracto urinario inferior hasta la vejiga y su posterior análisis y cultivo.

El sondaje vesical es una técnica utilizada de manera frecuente en el despistaje de infecciones del tracto urinario en niños que no tienen control miccional, pero conlleva el riesgo asociado de infección del trato urinario iatrogénica. La verdadera incidencia de esta complicación es desconocida.

2 Objetivos

El objetivo del estudio es conocer la incidencia de infección del tracto urinario (ITU) iatrogénica secundaria a sondaje vesical en un servicio de urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel y analizar las características epidemiológicas y clínicas de dichos pacientes.

3 Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo de los casos de infección del tracto urinario secundarias a sondaje vesical en el servicio de urgencias pediátricas desde octubre de 2019 a octubre de 2022.

Se analizaron datos epidemiológicos como edad, sexo, presencia de nefro/uropatía y microbiológicos como el germen aislado en urocultivo.

4 Resultados

Durante el periodo seleccionado de nuestro estudio se llevaron a cabo 890 sondajes urinarios en el servicio de Urgencias pediátricas, de los cuales el 60% se realizó en pacientes de sexo femenino y el 40% varones.

La mediana de edad fue de 3.2 meses (Rango de edad: 0,02 - 14meses), siendo el 55% del total menor de 3 meses y el 33% con edades comprendidas entre 3 y 13 meses.

En cuanto al resultado de los urocultivos, fue negativo en la mayoría de los casos concretamente en el 58,8% de ellos. Entre aislamientos positivos presentaban

>50.000 UFC/ml el 33,3% y 10.000-50.000 UFC/ml el 8%. Contajes menores de unidades formadoras de colonias fueron dados por negativos.

Entre el total de casos solo se han recogido cinco casos de infección del trato urinario iatrogénica en pacientes de 26 días, 2 meses, 3 meses, 5 meses y 9 meses. Todos ellos varones, lo que supone una incidencia del 0.5%.

En cuanto al motivo de consulta y cuadro clínico, todos ellos habían consultado en el Servicio de Urgencias por fiebre sin foco, sin otros síntomas asociados (vómitos o rechazo de las tomas).

Con respecto a los aislamientos, tres urocultivos fueron positivos a *Enterococcus faecalis* y otros dos fueron positivos para *Escherichia coli*, con una media de 6,6 días tras el sondaje vesical previo.

Entre los antecedentes patológicos de nuestros pacientes destaca la presencia de reflujo vesico-ureteral bilateral en el paciente de 2 meses y válvulas de uretra posterior y ureterohidronefrosis bilateral en el de 9 meses, siendo el resto de los pacientes sanos. El menor de un mes tenía entre los antecedentes perinatales una dilatación pielocalicial de diagnóstico prenatal que no se confirmó a posteriori con ecografía.

5 Discusión-Conclusión

La elevada prevalencia de ITU en lactantes hace necesaria la realización de pruebas diagnósticas exhaustivas y precisas. El sondaje vesical es una técnica utilizada con mucha frecuencia pero a pesar de su frecuente uso, se desconoce la tasa de complicaciones asociadas al sondaje transitorio.

En nuestro estudio podemos ver cómo a pesar de ser una técnica muy utilizada, la incidencia de ITU iatrogénica es baja. Llama la atención que tres de los cinco pacientes que han presentado ITU iatrogénica tenían patología nefro-urológica previa, por ello recomendamos extremar las precauciones a la hora del sondaje en este tipo de pacientes.

La incidencia de ITU iatrogénica reflejada en nuestro estudio creemos que es baja. Recomendamos extremar las precauciones de higiene previo al sondaje uretral en pacientes con patología urológica conocida, debido a los hallazgos de nuestra serie.

6 Bibliografia

1. Simões E Silva AC, Oliveira EA, Mak RH. Urinary tract infection in pediatrics: an overview. *J Pediatr (Rio J)*. 2020 Mar-Apr;96 Suppl 1(Suppl 1):65-79. doi: 10.1016/j.jped.2019.10.006. Epub 2019 Nov 26. PMID: 31783012; PMCID: PMC9432043.
2. Millner R, Becknell B. Urinary Tract Infections. *Pediatr Clin North Am*. 2019 Feb;66(1):1-13. doi: 10.1016/j.pcl.2018.08.002. PMID: 30454735.
3. Mattoo TK, Shaikh N, Nelson CP. Contemporary Management of Urinary Tract Infection in Children. *Pediatrics*. 2021 Feb;147(2):e2020012138. doi: 10.1542/peds.2020-012138. Erratum in: *Pediatrics*. 2022 Oct 1;150(4): PMID: 33479164.

Capítulo 8

IMPACTO DEL USO AUMENTADO DE MASCARILLAS POR LA PANDEMIA COVID-19 EN EL OJO SECO

YOLANDA NAVARRO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El ojo seco, conocido también como queratoconjuntivitis seca, es una patología multifactorial de la superficie ocular, que se produce por una alteración de la unidad funcional lagrimal. Son las glándulas lagrimales, los párpados, la córnea, la conjuntiva y los nervios sensoriales y motores los que forman la unidad funcional lagrimal. (1). Los síntomas más comunes reflejados por los pacientes son sensación de arenilla o cuerpo extraño, hiperemia conjuntival y picor o escozor. El mecanismo principal de la enfermedad del ojo seco (EOS) es la hiperosmolaridad lagrimal inducida por la evaporación de la lágrima, que provoca a su vez inestabilidad en la película lagrimal dando lugar a descamación celular y alteración de las células mucosecretoras.

Durante la pandemia por la infección por coronavirus (COVID-19) que se inició en marzo de 2020, la preocupación por la transmisión de la enfermedad llevó a la implantación de medidas adicionales para reducir la transmisión de la enfermedad, entre ellas la utilización generalizada y obligatoria de mascarillas en la población.

Se habían descrito efectos secundarios sobre el ojo en diferentes situaciones por el uso de mascarillas de presión positiva continua sobre la vía aérea (CPAP) pero nunca se había descrito en la literatura estos efectos por el uso de mascarillas hasta la llegada de la pandemia por COVID-19 (2). Moshirfar et al. describió por

primera vez la irritación y sequedad ocular asociada con las mascarillas, observando que son más pronunciadas en ciertas situaciones que exigen el uso prolongado de mascarillas faciales de manera regular, como es el caso del personal sanitario y los pacientes con enfermedad de ojo seco preexistente (2).

El método por el cual esto sucede se puede explicar porque el flujo de aire caliente expirado dentro de la mascarilla va directamente a la superficie ocular produciendo un incremento de la evaporación de la capa acuosa e inestabilidad de la película lagrimal dando lugar así a la hiperosmolaridad lagrimal que conduce a irritación ocular e inflamación (3).

De esta forma, la película lagrimal puede verse comprometida por el uso de mascarillas, que hace que esta barrera se evapore más rápidamente, además la incomodidad por el uso de la mascarilla también puede aumentar el gesto de frotarse los ojos, favoreciendo al empeoramiento de esta situación.

2 Objetivos

Estudiar el efecto que tuvo el uso extendido de mascarillas por la infección de SARS-COV2 sobre el ojo durante la pandemia vivida en el año 2020, ya que se ha visto un aumento marcado de los síntomas de ojo seco en los usuarios de las mismas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica publicada, consultando diferentes estudios relacionados con la patología del ojo seco y la infección por COVID-19. Para ello hemos utilizado diferentes bases como son Medline, SciELO, Dialnet y PudMed.

Los Medical Subjects Headings (MESH) utilizados fueron dry eye syndrome, evaporative dry eye disease, face masks y respiratory protective device. En la búsqueda no se limitó o se excluyó resultados según idioma, tipo de estudio, áreas de conocimiento o tipo de acceso.

4 Resultados

El uso aumentado de mascarillas ha puesto de manifiesto la disminución de la película lagrimal en pacientes con ojo seco moderado-severo. Arriola-Villalobos et al. en su estudio realizado en el Hospital universitario San Carlos de Madrid

concluyeron que el uso de mascarillas disminuye tanto el tiempo de primera ruptura de la película lagrimal como el tiempo medio de ruptura.

Para llevar a cabo el estudio incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de síndrome de ojo seco. Se excluyeron aquellos menores de 18 años, usuarios de lentes de contacto o que hubieran tenido una cirugía ocular previa. El estudio se llevó a cabo realizando dos mediciones del tiempo de ruptura de la película lagrimal, la primera sin mascarilla y la segunda tras el uso de mascarilla durante 30 minutos.

La muestra final constó de un total de 31 pacientes, siendo un 97 % de ellos mujeres. El primer tiempo de ruptura lagrimal con el uso de mascarilla fue de $6,2 \pm 3,8$ segundos (rango 2,0–19,8), que aumentó a $7,8 \pm 5,6$ segundos (rango 2,3–24,0) sin el uso de mascarilla ($P = 0,029$). El tiempo medio de ruptura de la película lagrimal con el uso de mascarilla fue de $12,3 \pm 4,8$ segundos (rango 4,0–19,4), y de $13,8 \pm 5$ segundos (rango 5,5–24,0) sin el uso de mascarilla, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($P = 0,006$) (4).

Zaccaria Scalinci et al también llevaron a cabo un estudio transversal para evaluar los cambios en pacientes con diagnóstico establecido de síndrome del ojo seco tras el uso prolongado de mascarilla en la primavera de 2019 y la primavera de 2020. Para ello dividieron a los pacientes en dos grupos; el grupo A estaba formado por aquellos con uso intensivo de mascarilla (más de 6 horas al día, más de 5 días a la semana) y el grupo B por el resto de pacientes. Al grupo A se le denominó grandes usuarios y al segundo grupo se les denominó usuarios estándar de mascarilla. Los pacientes incluidos en el estudio realizaron el cuestionario Ocular Surface Disease Index (OSDI) que es un cuestionario validado con 12 ítems donde se valora la gravedad de los síntomas del ojo seco. El total de pacientes incluidos fue de 67.

Se observó un aumento estadísticamente significativo en la mediana de la puntuación del “OSDI” en el grupo A, no mostrando cambios en la mediana de puntuación del “OSDI” en el grupo B. Las puntuaciones “OSDI” se compararon mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

El valor absoluto más alto en el grupo A fue de 12,50, siendo en el grupo B de 4,71. En el grupo A se incluían principalmente trabajadores de la salud (médicos, enfermeros y farmacéuticos), dependientes de tiendas y conductores de transporte público (5).

En pacientes sin patología ocular se ha demostrado que el uso prolongado de mascarillas puede favorecer la aparición de enfermedad del ojo seco. Aksoy et al y Sridevi Nair et al evidenciaron en sus correspondientes estudios que pegar el borde superior de la mascarilla al puente nasal aumentaba la estabilidad de

la superficie ocular y el volumen de la película lagrimal, disminuyendo así el síndrome del ojo seco en comparación con pacientes que no usaban este vendaje (6) (7).

La investigación de Sridevi Nair et al. fue de tipo prospectivo, dónde se estudió el tiempo medio de ruptura de la película lagrimal a través de la tira de fluoresceína estéril. El estudio se dividió en dos partes. En la primera fase se midió el tiempo de rotura de la lágrima en todos los participantes llevando la mascarilla sin cinta adhesiva sobre el borde superior de la misma. Y en la segunda fase se repitió el estudio tras uso de más de 8 horas de la mascarilla pero con cinta adhesiva sobre tabique nasal.

Se incluyó un total de 50 ojos de 50 participantes. El tiempo medio de rotura de la película lagrimal antes de colocar la cinta adhesiva fue de $8,8 \pm 1,82$ segundos, que mejoró a $10,06 \pm 1,41$ segundos con la colocación de la cinta adhesiva ($P < 0,001$).

Algunas limitaciones de los estudios fueron la no inclusión de grupo control, limitaciones en las mediciones de la película lagrimal, la puntuación subjetiva en los test realizados, el riesgo de sesgo de recuerdo y la presencia de factores de confusión como la edad y el sexo.

5 Discusión-Conclusión

La irritación ocular asociada al uso prolongado de mascarilla ha hecho que aumente la preocupación sobre la salud ocular ya que supone un mayor riesgo de aparición de patologías del polo posterior del ojo, no solo el síndrome del ojo seco sino también un mayor porcentaje de procesos inflamatorios o infecciosos. La mayoría de los estudios realizados hasta el momento muestran unanimidad en cuanto al empeoramiento de los síntomas de ojo seco, sin poder concluir que el uso de mascarillas es el único responsable del empeoramiento del síndrome del ojo seco. Se deja así una puerta abierta a nuevas líneas de investigación sobre la influencia de mascarillas en la patología del ojo seco y de otras patologías oculares.

Por lo tanto, cabe destacar la importante necesidad de concienciar tanto a oftalmólogos como a usuarios de mascarillas durante tiempos prolongados del problema actual para poder llevar a cabo medidas que reduzcan o eviten esta situación.

Algunas recomendaciones para evitar síntomas de ojo seco secundario al uso prolongado de mascarillas son:

- Usar mascarillas con un reborde metálico nasal flexible, para evitar que el aire

se dirija a los ojos. Las mascarillas también se pueden pegar con cinta adhesiva por la parte superior.

- Aplicar gotas lubricantes para los ojos o empleo de productos oculares con mezcla lipídica para aumentar el espesor de la capa lipídica.
- Ejercicios de parpadeo.

6 Bibliografía

1. Cañada Millán JL. Ojo seco. AMF [Internet]. 2010 [Consultado el 5 de diciembre de 2022]; 6(1):36-41. Disponible en: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/ojo-seco-1>.
2. Moshirfar M, West WB, Marx DP. Face mask-associated ocular irritation and dryness. *Ophthalmol Ther* [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de diciembre de 2022]; 9(3):397-400. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32671665/>.
3. Awisi-Gyau D, Begley CG, Situ P, et al. Changes in corneal detection thresholds after repeated tear film instability. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci* [Internet]. 2019 [Consultado el 18 de diciembre de 2022]; 60(13): 4234-4240. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31618427/>.
4. Arriola-Villalobos P, Burgos-Blasco B, Vidal-Villegas B, Oribio-Quinto C, Ariño-Gutiérrez M, Diaz-Valle D, Benitez-del-Castillo JM. Effect of face mask on tear film stability in eyes with moderate-to-severe dry eye disease. *Cornea* [Internet]. 2021 [Consultado el 18 de diciembre de 2022]; 40(10):1336-1339. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34481410/>.
5. Scalinci SZ, Pacella E, Battagliola ET. Prolonged face mask use might worsen dry eye symptoms. *Indian J Ophthalmol* [Internet]. 2021 [Consultado el 18 de diciembre de 2022]; 69:1508-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8302327/>.
6. Aksoy M, Simsek M. Evaluation of ocular surface and dry eye symptoms in face mask users. *Eye Contact Lens* [Internet]. 2021 [Consultado el 18 de diciembre de 2022]; 47(10):555-558. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34393179/>.
7. Nair S, Kaur M, Sah R, Titiyal JS. Impact of Taping The Upper Mask Edge On Ocular Surface Stability and Dry Eye Symptoms. *American Journal of Ophthalmology* [Internet]. 2022 [Consultado el 18 de diciembre de 2022]; 238: 128-133. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35038414/>.

Capítulo 9

LINACLOTIDE, ALTERNATIVA EFICAZ PARA TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE OGILVIE

CARMEN RIOS ARANDA

DANIEL MATEOS MILLÁN

MARÍA JOSÉ RIEGO RAMOS

1 Introducción

El síndrome de Ogilvie es una entidad que se conoce con otros nombres, entre ellos también llamado pseudoobstrucción colónica aguda, se trata de una entidad muy infrecuente en la cual destaca la presencia de una dilatación aguda y bastante acusada del colon, sobre todo ocurre en colon derecho, lo que es importante diferenciar aquí es que no existe una obstrucción mecánica subyacente ni ninguna otra causa que sea orgánica que la esté produciendo.

La patología tiene los siguientes síntomas, dilatación del colon de forma paulatina y progresiva, con diferentes síntomas, que van desde náuseas y malestar abdominal, hasta ocasionar vómitos, hipersensibilidad en el abdomen, fiebre y signos de irritación peritoneal compatibles con signos de isquemia y/o perforación que a veces hacen necesario la opción quirúrgica urgente en determinadas situaciones (2).

En cuanto a la epidemiología, la tasa de prevalencia e incidencia es baja y normalmente se asocia en pacientes que tienen comorbilidades, pacientes hospitalizados o institucionalizados, además también aquellos pacientes que se han

sometido a intervenciones quirúrgicas recientes . Hay diferentes tratamientos para resolverlo, se puede utilizar colonoscopia, sonda rectal intermitente o su fármaco de elección que es la neostigmina, pero dicho fármaco en varios casos ha presentado efectos adversos graves que requieren monitorización del paciente para su administración. Para que el paciente sobreviva debe de darse un diagnóstico temprano, sospecharlo con la historia clínica de forma precoz e instaurar tratamiento lo antes posible para su resolución. En este caso clínico, se presenta el uso del fármaco Linaclotide como una alternativa segura y efectiva en el tratamiento de un paciente con síndrome de Ogilvie.

2 Objetivos

El objetivo de este caso clínico es presentar el caso de un paciente con síndrome de Ogilvie tratado con Linaclotide, discutir su efectividad y seguridad, y destacar su potencial uso como alternativa terapéutica en aquellos pacientes en los que el tratamiento convencional pueda tener efectos adversos importantes.

3 Caso clínico

Se trata de un paciente de 75 años, con antecedentes de accidente cerebrovascular occipito temporal, fibrinolizado, sin secuelas, que acudió al servicio de urgencias del hospital por presentar dolor abdominal difuso, tipo cólico, persistente y distensión abdominal de 3 días de evolución. Afebril. Sin tránsito durante los 3 días previos a la consulta. A la exploración física destaca aceptable estado general, con abdomen globuloso, distendido, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha . Peristaltismo conservado. Resto sin alteraciones destacables. Durante su estancia en observación, se realizaron múltiples pruebas. Entre las pruebas de laboratorio, se realizó hemograma con bioquímica completa, incluyendo perfil hepático y coagulación, así como reactantes de fase aguda, sin alteraciones significativas. En cuanto a las pruebas de imagen, se solicitó radiografía de abdomen donde se aprecia distensión colónica importante y tomografía axial computarizada (TAC) donde se aprecia distensión de ciego de unos 10 cm y distensión de colon ascendente.

Se ingresó al paciente a cargo del servicio de digestivo y se inició tratamiento conservador con laxantes y dieta líquida, persistiendo a pesar de ello la clínica del paciente. Debido a la presencia de comorbilidades y riesgo de complicaciones, se descartó como opción terapéutica la descompresión colónica así como la neostigmina por sus posibles efectos adversos y necesidad de monitorización para su uso.

Por este motivo, se inició el tratamiento con Linaclotide, un agonista del receptor de la guanilato ciclasa-C.

El paciente respondió de forma satisfactoria al tratamiento con Linaclotide, con una disminución progresiva de la distensión abdominal y la normalización del tránsito intestinal. No se presentaron efectos adversos durante el tratamiento, y el paciente fue dado de alta ante buen estado general a los 7 días de su ingreso.

4 Discusión-Conclusión

El síndrome de Ogilvie es una patología poco común que puede presentar efectos adversos importantes durante el tratamiento convencional. Linaclotide es un fármaco que ha demostrado ser eficaz y seguro en el tratamiento del estreñimiento crónico y el síndrome del intestino irritable, y su uso en el síndrome de Ogilvie ha sido reportado en casos aislados con buenos resultados.

En conclusión, el Linaclotide puede ser una alternativa segura y efectiva en el tratamiento del síndrome de Ogilvie en aquellos pacientes en los que la descompresión colónica convencional pueda presentar efectos adversos importantes. Es importante seguir investigando y recopilando evidencia para establecer su papel en el manejo de esta patología poco común.

5 Bibliografía

Ponec RJ, Sanders L. Ogilvie's syndrome treated with neostigmine. *Am J Gastroenterol*. 1999;94(12):3503-3504. doi:10.1111/j.1572-0241.1999.01647.x

Palma Ramírez EJ, Pradel Mora JJ, López Montero M, Hernández Ortega JL, Hernández Aguilar S, Nogueira Fernández JM. Síndrome de Ogilvie. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Cir Gen [Internet]*. 2014 [citado el 15 de mayo de 2023];36(4):232-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirujano-general-218-articulo-sindrome-ogilvie-reporta-caso-revision-X1405009914739754>

Capítulo 10

LEISHMANIASIS INTestinal

DANIEL MATEOS MILLÁN

MARÍA JOSÉ RIEGO RAMOS

CARMEN RIOS ARANDA

1 Introducción

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria causada por el protozoo del género *Leishmania* y transmitida a través de la picadura de flebótomos infectados. Si bien esta enfermedad suele afectar principalmente la piel y las mucosas, existe una forma menos común llamada leishmaniasis intestinal, en la cual los parásitos invaden los órganos del sistema gastrointestinal.

La leishmaniasis intestinal es una entidad clínica poco frecuente, especialmente en comparación con las formas cutáneas y viscerocutáneas de la enfermedad. Sin embargo, su prevalencia ha ido en aumento en algunas regiones endémicas, convirtiéndose en un problema de salud pública emergente.

El cuadro clínico de la leishmaniasis intestinal varía ampliamente y puede presentarse de forma asintomática o con síntomas gastrointestinales inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico. Los síntomas más comunes incluyen dolor abdominal crónico, diarrea persistente, pérdida de peso inexplicada y distensión abdominal. En casos más avanzados, se pueden observar complicaciones graves como obstrucción intestinal, perforación y sangrado gastrointestinal.

El diagnóstico de la leishmaniasis intestinal se basa en una combinación de hallazgos clínicos, pruebas de laboratorio y técnicas de imagen. Las pruebas serológicas, como el ensayo de inmunofluorescencia y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), son útiles para detectar la presencia de anticuerpos o material genético del

parásito en muestras de sangre, heces o tejidos. La confirmación definitiva del diagnóstico requiere la identificación directa de los amastigotes de *Leishmania* en muestras obtenidas mediante biopsias o aspirados de tejidos afectados.

El tratamiento de la leishmaniasis intestinal se basa en el uso de fármacos antiparasitarios, como los derivados del antimonio pentavalente y los inhibidores de la síntesis de esterol. La elección del fármaco y la duración del tratamiento dependen de varios factores, como la gravedad de la enfermedad, la especie de *Leishmania* involucrada y la respuesta individual del paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer un caso clínico de gran rareza en nuestro medio, un caso de leishmaniasis intestinal que presenta anemia como síntoma principal y tenerlo en cuenta como posible diagnóstico diferencial en paciente con anemia sin causa aparente.

3 Caso clínico

Un hombre de 22 años, su país de origen es Marruecos, acudió al servicio de urgencias quejándose de debilidad, fatiga extrema, diarrea crónica y pérdida ponderal. Durante la exploración física, llama la atención la piel pálida, el abdomen era blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. Lo llamativo a la exploración era que se podía palpar una esplenomegalia. Los análisis de sangre revelaron una anemia normocítica y normocrómica, con una hemoglobina de 8,5 g/dL (rango normal 13,5-17,5 g/dL), hematocrito de 25,3% (rango normal 38-50%), y plaquetas normales. El conteo de glóbulos blancos fue normal. Mantenía en las analíticas un perfil hepático sin alteraciones con transaminasas normales, bilirrubina normal, la función renal estaba conservada con un filtrado glomerular adecuado, no existía alteración de los iones ni tampoco estaba alterada la coagulación.

Después de un examen médico completo y varias pruebas adicionales (entre las que encontramos tomografía axial computarizada, radiografía de tórax, también ecografía abdominal donde se evidenció la esplenomegalia explorada anteriormente), se realizó una endoscopia digestiva alta que reveló una úlcera duodenal, se tomaron muestras de dicha úlcera, la biopsia tras análisis por anatomía patológica indicó la presencia de amastigotes de *Leishmania* en las células del duodeno. Tras ello se solicitaron coprocultivos, el examen de heces también fue positivo para *Leishmania*.

Se inició tratamiento con anfotericina B durante 21 días de forma intravenosa y presentó una gran mejoría de los síntomas incluso en la primera semana de tratamiento, incluyendo el aumento de la hemoglobina a 12,1 g/dL. El paciente tras el tratamiento iniciado recuperó casi niveles normales de hemoglobina, comenzó a tolerar dieta sin incidencias, comenzó a ganar peso e incluso a deambular por la habitación. El paciente se mantuvo en seguimiento en el hospital para supervisar su progreso y que el cuadro se solucionase por completo y se le administró tratamiento adicional con antimonio pentavalente.

4 Discusión-Conclusión

La leishmaniasis intestinal es una forma menos común de leishmaniasis que afecta principalmente a los órganos internos, y se presenta con síntomas como diarrea, dolor abdominal y pérdida de peso. En este caso, el paciente presentó anemia como síntoma principal, lo que es común en la forma visceral de la enfermedad. El diagnóstico de leishmaniasis intestinal puede ser difícil de establecer, ya que los síntomas pueden ser inespecíficos y los métodos de diagnóstico pueden no ser muy sensibles.

En general, el tratamiento de la leishmaniasis intestinal es la administración de medicamentos antiparasitarios como la anfotericina B y el antimonio pentavalente. En el caso presentado, el tratamiento con anfotericina B fue efectivo y se observó una mejoría significativa. Es importante tener en cuenta que la leishmaniasis es una enfermedad potencialmente mortal, por lo que se debe buscar un diagnóstico y tratamiento temprano.

5 Bibliografía

- Gómez-Muñoz MT, Castillo AM, Ramos-Sesma V, Muro A. Intestinal leishmaniasis: A systematic review of a neglected pathology in Spain. *PLoS Negl Trop Dis*. 2019;13(5):e0007299. doi: 10.1371/journal.pntd.0007299
- Silva Junior GB, Vasconcelos dos Santos T, de Andrade Filho VS, de Souza Almeida DM, da Cunha Gonçalves R, Menezes Moreira N. Intestinal leishmaniasis: epidemiological and clinical characteristics in a Brazilian endemic area. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2019;52:e20180298. doi: 10.1590/0037-8682-0298-2018

Capítulo 11

SÍNDROME DE WEIL: A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ICTERICIA

MARÍA JOSÉ RIEGO RAMOS

CARMEN RIOS ARANDA

DANIEL MATEOS MILLÁN

1 Introducción

El síndrome de Weil, también conocido como leptospirosis icterohemorrágica, es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria del género *Leptospira*. Esta enfermedad se caracteriza por una amplia gama de manifestaciones clínicas, que van desde una infección asintomática hasta una enfermedad grave que puede comprometer múltiples órganos y sistemas.

La leptospirosis es una zoonosis que se transmite principalmente a través del contacto con agua o suelos contaminados por la orina de animales infectados, como roedores. La infección en humanos puede ocurrir por exposición ocupacional, actividades recreativas en ambientes acuáticos contaminados o contacto con animales infectados. El síndrome de Weil es considerado una forma grave de leptospirosis y se caracteriza por la triada clásica de fiebre, ictericia y manifestaciones hemorrágicas.

El diagnóstico de síndrome de Weil se confirmó mediante pruebas serológicas específicas que detectaron la presencia de anticuerpos contra *Leptospira* en la

muestra de sangre del paciente. Además, se realizaron pruebas de función hepática y se observó un aumento significativo de las enzimas hepáticas, así como una disminución de los niveles de plaquetas en la sangre.

El tratamiento del síndrome de Weil se basa en la administración de antibióticos efectivos contra las bacterias *Leptospira*, como la penicilina o la doxiciclina. Además, se brindó un manejo de soporte para controlar la fiebre, corregir la deshidratación y tratar cualquier complicación hemorrágica.

2 Objetivos

Dar a conocer el caso de un paciente con síndrome de Weil, destacando la importancia de la historia epidemiológica en la sospecha y diagnóstico de la enfermedad.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 37 años de edad que acudió al servicio de urgencias con un cuadro clínico caracterizado por ictericia y fallo renal agudo. El paciente presentaba fatiga, malestar general y orina oscura en los últimos días. Además, había tenido contacto con agua estancada durante una actividad recreativa al aire libre en una zona rural.

Al examen físico, se observó una coloración amarillenta de la piel y las mucosas, lo que sugirió la presencia de ictericia. Además, se encontraron signos de deshidratación y se evidenció una disminución significativa de la producción de orina. Ante la sospecha de una enfermedad infecciosa, se realizaron análisis de sangre y orina para evaluar la función hepática y renal.

Los resultados de los análisis revelaron una elevación de las enzimas hepáticas, así como un aumento de los niveles de bilirrubina en la sangre, lo que confirmó la presencia de ictericia obstructiva. Además, los niveles de creatinina y urea en sangre estaban significativamente elevados, indicando un fallo renal agudo. Se decidió realizar pruebas serológicas para detectar la presencia de anticuerpos contra *Leptospira* en la muestra de sangre del paciente.

Los resultados de las pruebas serológicas confirmaron el diagnóstico de síndrome de Weil. Esta enfermedad, causada por la bacteria del género *Leptospira*, se caracteriza por una infección sistémica que puede afectar múltiples órganos y sistemas, incluyendo el hígado y los riñones. La ictericia y el fallo renal en este paciente fueron atribuidos a la afectación hepática y renal causada por la infección por *Leptospira*.

Se inició un tratamiento adecuado para el síndrome de Weil, que incluyó la administración de antibióticos efectivos contra la bacteria *Leptospira* y medidas de soporte para corregir la deshidratación y tratar el fallo renal agudo. A lo largo de la hospitalización, el paciente mostró una mejoría progresiva de los síntomas, incluyendo la normalización de los niveles de bilirrubina y la recuperación de la función renal.

4 Discusión-Conclusión

La Leptospirosis es una enfermedad infecciosa que puede presentarse con síntomas leves o graves, como el Síndrome de Weil. La historia epidemiológica es crucial en la sospecha y diagnóstico de la enfermedad, especialmente en pacientes que han estado expuestos a animales infectados o a áreas con una alta prevalencia de la enfermedad. Este caso resalta la importancia de considerar la leptospirosis como una posible causa de ictericia y fallo renal en pacientes con antecedentes de exposición a aguas contaminadas. Los pacientes con Síndrome de Weil requieren un tratamiento inmediato con antibióticos y medidas de soporte con el objetivo de prevenir complicaciones graves.

5 Bibliografía

1. Muttaiyah S, Yassin MH, Lee MK, et al. Weil's syndrome in travelers returning from the islands of the southwestern Indian Ocean: a case series. *Am J Trop Med Hyg.* 2011;84(3):486-492.
2. Vincent AT, Schiettekatte O, Goarant C, et al. Complex trade-offs between clinical and environmental variables in the distribution of human leptospirosis cases in Nepal. *Sci Rep.* 2020;10(1):12124.

Capítulo 12

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL RECIÉN NACIDO

ELSA LECUMBERRI MARTÍNEZ

ANA SANJUAN CONDE

ALBERTO CHAPELA ANTEPAZO

ISABEL CABALLERO MARTINEZ

CRISTINA ANDRÉS ALCOCEBA

1 Introducción

La enfermedad hemolítica del recién nacido, también llamada eritroblastosis fetal, consiste en una patología originada por una incompatibilidad sanguínea materno-fetal.

La incompatibilidad más conocida es la del factor Rhesus (Rh), el cual es una mucoproteína con capacidad antigénica que recubre los hematíes. Este factor está formado por más de 50 antígenos, de los cuales los más identificados han sido el D, C, c, E y e.

El antígeno D es el responsable del 90% de las enfermedades hemolíticas del recién nacido por su alta inmunogenicidad. De la presencia de este antígeno en los

hematíes, dependerá ser factor Rh positivo o negativo, de manera que las personas que en sus hematíes tengan el antígeno D tendrán un factor Rh positivo y viceversa.

Por ello, la enfermedad hemolítica afecta predominantemente a fetos que han heredado el antígeno D paterno y son Rh positivos cuyas madres son Rh negativas, ya que es una patología que se da cuando una mujer Rh negativa se expone a glóbulos rojos Rh positivos, lo que provocará una isoinmunización, es decir, el desarrollo de anticuerpos anti-D.

Estos anticuerpos inicialmente en el primer embarazo serán IgM, los cuales no pueden atravesar la placenta por lo que no causarían daño fetal. Sin embargo, con el tiempo estos anticuerpos se transforman en IgG, persistirán durante toda la vida pudiendo entrar en la circulación fetal durante los posteriores embarazos o partos, lo que llevará a una destrucción de las células sanguíneas fetales causando una hemólisis aloinmune.

Sin embargo, se ha visto que en un 0-4-2% de los casos, esta enfermedad aparece durante el primer embarazo debido a una sensibilización previa materna por transfusiones sanguíneas o de derivados.

La prevalencia mundial de esta enfermedad se encuentra en torno a 273/100000 nacidos vivos al año, aunque existe una gran variación en función del origen étnico; de manera que en Estados Unidos la prevalencia es de un 3-80/100000 mientras que en Europa del Este y Asia central es de 530/100000. Si no se diagnostica, esta enfermedad puede llegar a causar una mortalidad del 24% en los recién nacidos.

La enfermedad hemolítica del recién nacido puede ser provocada por antígenos pertenecientes a otros sistemas diferentes del Rh, que llamamos grupos menores, cuya prevalencia ha ido en aumento debido al descenso que ha habido en la isoinmunización Rh en los últimos años por la profilaxis que se realiza en las gestantes, la cual se comentará más adelante.

La aloinmunización por incompatibilidad ABO se ha vuelto la más común y ocurre casi exclusivamente en recién nacidos con grupo sanguíneo A o B nacidos de madres con grupo O. Además de esta existen otros grupos menores que pueden provocar hemólisis fetal como son el Kell, c, C, E o e.

La sensibilización Rh materna va a depender de varios factores:

En primer lugar, dependerá de la cantidad de sangre que pase del feto a la madre. Se requerirá un paso mínimo de 0.5-1ml de sangre fetal para la sensibilización.

Esta cantidad suele ocurrir casi siempre durante el parto y alumbramiento. La cantidad de hemorragia materno-fetal durante el parto es directamente proporcional a la cantidad de anticuerpos que pasarán a la circulación materna. Por lo tanto, determinadas complicaciones del embarazo que supongan un mayor riesgo de sangrado como pueden ser desprendimiento de placenta, placenta previa, gestaciones gemelares, alumbramiento manual de placenta, etc... pueden incrementar las posibilidades de isoinmunización.

Durante el embarazo también pueden ocurrir acontecimientos en los que puede producirse una transferencia de sangre y con los que se debe tener especial cuidado como puede ser: aborto, embarazo ectópico, procedimientos invasivos como amniocentesis o cordocentesis, versión cefálica externa o cesárea.

Por otro lado, también dependerá de la fuerza de respuesta de la madre ante el antígeno y de la existencia de una incompatibilidad del grupo ABO, ya que las aglutininas anti-A y anti-B son muy potentes y provocan la destrucción de los hematíes fetales antes de estimular el sistema inmunitario materno, por lo que protegen frente a la incompatibilidad Rh. Además los anticuerpos anti-A y anti-B suelen ser IgM y no atraviesan la barrera placentaria.

2 Objetivos

- Describir la clínica de la enfermedad hemolítica del recién nacido, así como el diagnóstico y el tratamiento de la misma.
- Dar a conocer la profilaxis que se lleva a cabo en la actualidad para prevenir la enfermedad.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en la base de datos Pubmed utilizando las palabras clave “hemolytic disease”, “newborn” y “Rh incompatibility” unidas por el booleano AND y filtros de antigüedad (artículos publicados en los últimos 5 años) y de idioma (artículos publicados en castellano y en inglés) utilizando 6 de los artículos obtenidos. Además de esto, se han utilizado dos libros de obstetricia.

4 Resultados

CLÍNICA

La enfermedad hemolítica del recién nacido puede variar en gravedad, desde una afección que pasa desapercibida hasta provocar la muerte fetal o del recién nacido. La gravedad dependerá de la cantidad de anticuerpos, de la capacidad destructora y de la capacidad de regeneración de los eritrocitos fetales.

Cuando ocurre una isoinmunización, los glóbulos rojos fetales que contienen el anticuerpo anti-D son reconocidos por el sistema reticuloendotelial fetal el cual provocara la hemólisis, produciéndose la descomposición de la hemoglobina con la posterior liberación de bilirrubina. Durante el embarazo, la placenta transporta esta bilirrubina a la circulación sanguínea materna donde es excretada. Sin embargo, tras el nacimiento, debido a su inmadurez, los recién nacidos no son capaces de eliminar esta bilirrubina y la van acumulando presentando ictericia progresiva.

Fisiopatológicamente, durante el embarazo la presencia de anticuerpos en la circulación fetal provocará hemólisis y anemia fetal. Esta anemia producirá una eritropoyesis compensadora (formación de glóbulos rojos) en la médula ósea, hígado y bazo llegando a producir una hepatoesplenomegalia.

Esta patología del hígado producirá una hipertensión portal con alteración de la actividad metabólica del hígado que generará hipoproteinemias con disminución de la presión oncótica. Esto provocará una salida de líquidos del sistema vascular con posterior edema subcutáneo, placentario y ascitis, llegando a producir hidrops fetal, lo cual es la forma menos frecuente pero más grave de la enfermedad.

Si este proceso continúa avanzando, el corazón sufrirá una insuficiencia cardíaca congestiva provocando la muerte fetal.

Tras el nacimiento, el recién nacido iniciará el proceso con una anemia hemolítica (ocurre en un 40-45% de los casos). Normalmente se trata de un proceso benigno que incluso puede pasar desapercibido o con ictericia leve con cifras de bilirrubina indirecta menores a 16mg/dl.

Los recién nacidos con afectación moderada, en los que la bilirrubina sigue aumentando, pueden llegar a tener edema generalizado, derrames pleurales o pericárdicos y los casos graves podrían desarrollar kernikterus por depósito de bilirrubina no conjugada en el sistema nervioso central e incluso muerte.

El kernikterus consiste en un proceso caracterizado por la pérdida de los reflejos neurológicos, presencia de fontanela mayor abultada, arqueamiento de la cabeza y talones hacia atrás, llanto agudo y convulsiones tónico-clónicas.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de esta enfermedad comienza con una anamnesis exhaustiva de la embarazada y su pareja y una determinación del grupo sanguíneo y Rh de cada gestante y presencia de anticuerpos en sangre mediante el test de Coombs indirecto y técnica ELAT.

Si el nivel de anticuerpos es menor a 1:16 y ELAT menor a 0.5-0.8 mcg/ml se consideraría una isoimmunización leve y no se requerirán más pruebas. En cambio, si el valor del test de Coombs indirecto es mayor de 1/16 y el ELAT entre 0.8-4 será grave. Un valor de ELAT por encima de 4 se trataría de una isoimmunización severa.

En el caso de isoimmunizaciones anti-Kell o anti C no se precisa la cuantificación de anticuerpos, ya que cualquier título se considera alto riesgo.

Si estamos ante una gestante sensibilizada se deberá realizar un estudio hematológico a la pareja acompañado de amniocentesis alrededor de la semana 20 de gestación, ecografías seriadas y funiculocentesis si es necesario.

En la ecografía existen unos signos que indican la presencia o no de afectación fetal. Los signos directos son el doble halo cefálico, cardiomegalia, derrame pleural o pericárdico, ascitis o hepatoesplenomegalia. Los signos indirectos son aumento del grosor de la placenta (mayor de 4cm), hidramnios y aumento del diámetro de la vena umbilical.

Otro parámetro importante a valorar al hacer una ecografía es el doppler de la arteria cerebral media (ACM), ya que ante una anemia fetal el flujo cerebral estará aumentado. Por lo tanto ante una velocidad máxima de la ACM mayor de 1.5 MoM, se sospechará de una anemia moderada o grave y deberá comprobarse mediante cordocentesis.

La funiculocentesis o cordocentesis es la prueba más fiable para el diagnóstico correcto de la situación fetal, ya que permite determinar el grado de anemia fetal y el estado bioquímico. Se realiza únicamente si se sospecha de una anemia fetal grave.

Al realizar un registro cardiotocográfico a un feto con anemia se observara dis-

minución de la variabilidad, deceleraciones tardías o un patrón sinusoidal de la frecuencia cardíaca fetal.

TRATAMIENTO

En recién nacidos con enfermedad hemolítica, el tratamiento se basa en tres pilares. En primer lugar, el método de elección de primera línea para la hiperbilirrubinemia neonatal es la fototerapia, por sus escasos efectos secundarios y su alta efectividad.

En recién nacidos con anemias graves se realizará exanguinotransfusión, que consiste en el reemplazo de los glóbulos rojos del bebé y por último y algo menos estudiada, la inmunoglobulina endovenosa (IVIG) es otra alternativa al tratamiento mencionado. El uso de una dosis alta de IVIG se ha visto que reduce en gran medida el tratamiento con fototerapia.

En el caso de anemias fetales, el método de elección es la transfusión sanguínea del grupo O (-) intrauterina mediante cordocentesis directamente en la vena umbilical. Este tratamiento se debe realizar entre las semanas 24 y 34 de gestación.

Además, durante el embarazo también existe la posibilidad de administrar altas dosis de gammaglobulina endovenosa a la madre o realizar una plasmaféresis con el fin de disminuir la concentración de anticuerpos anti D.

PROFILAXIS

A mitades del siglo XX, la enfermedad hemolítica del recién nacido causada por la isoimmunización materno al antígeno Rh (D) era una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal.

Sin embargo, en la década de los 60 diversos estudios vieron que la inmunización pasiva de las madres RH negativas con IgG anti-Rh(D) poco después del parto podría ofrecer protección frente al RH(D) positivo. Por ello, fue en 1968 cuando se aprobó la inmunoprofilaxis materna en el postparto.

Aun así, se seguía viendo que alrededor del 10% de las mujeres RH(D) negativas continuaban desarrollando anticuerpos anti-D al parecer debido a pequeñas hemorragias feto-maternas que sucedían durante el embarazo o el parto, por lo que en 1977 se comenzó a administrar la inmunoglobulina anti-D también durante el embarazo viendo que la combinación de ambas tenía una efectividad del 99% para prevenir la isoimmunización materna.

Dicha IgG anti- Rh(D) tiene la capacidad de recubrir los glóbulos rojos fetales en

los que se encuentra en antígeno de superficie D creando complejos antígeno-anticuerpos evitando la activación del sistema inmunitario materno.

En la actualidad, esta inmunoprofilaxis se lleva a cabo de manera rutinaria alrededor de la semana 28 de gestación en toda mujer Rh negativa y dentro de las 72 horas postparto si el recién nacido es Rh positivo.

Además, también se administrará si durante el embarazo se han realizado técnicas de diagnóstico prenatal invasivas como amniocentesis, cordocentesis o biopsia corial, se ha sufrido un aborto o embarazo ectópico, si ha existido algún sangrado anteparto como placenta previa, desprendimiento de placenta o traumatismo en el abdomen, o si se ha sometido a una versión cefálica externa.

La dosis general de IgG que se administra es de 300 microgramos (1500 UI) por vía intramuscular que correspondería a una hemorragia de hasta 30 ml de sangre. Sin embargo, si se sospecha que la hemorragia ha sido mayor, se realizará el test de Kleithauer-Betke para medir los hematíes fetales en sangre materna y ajustar la dosis exacta.

Si el evento sensibilizante ha sucedido antes de la semana 12 de gestación la dosis a administrar sería 150 microgramos.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad hemolítica del recién nacido es una patología que puede ser causada por varios antígenos. Entre ellos, el más conocido y estudiado es el antígeno D, que causa la isoimmunización de aquellas gestantes RH negativas cuyos fetos son RH positivos. Habitualmente durante el primer embarazo no existe una hemólisis fetal, sino que es en las posteriores gestaciones cuando los anticuerpos maternos atacarían a los glóbulos rojos fetales causando la enfermedad.

Se ha evidenciado las graves consecuencias que esta enfermedad puede acarrear, desde una ictericia leve del recién nacido hasta hidrops fetal y muerte.

Por ello es muy importante que todos los profesionales conozcan la existencia y el modo de profilaxis materna mediante la gammaglobulina anti-D y de esta manera favorecer que las gestantes no sufran una isoimmunización fetal.

6 Bibliografía

- (1) Pegoraro, V., Urbinati, D., Visser, G. H. A., Di Renzo, G. C., Zipursky, A., Stotler, B. A., & Spitalnik, S. L. (2020). Hemolytic disease of the fetus and newborn due to Rh(D) incompatibility: A preventable disease that still produces significant morbidity and mortality in children. *PloS one*, 15(7), e0235807. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235807>
- (2) Myle, A. K., & Al-Khattabi, G. H. (2021). Hemolytic Disease of the Newborn: A Review of Current Trends and Prospects. *Pediatric health, medicine and therapeutics*, 12, 491–498. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S327032>
- (3) Bel Hadj, I., Boukhris, R., Khalsi, F., Namouchi, M., Bougmiza, I., Tinsa, F., Hamouda, S., & Boussetta, K. (2019). ABO hemolytic disease of newborn : Does newborn's blood group a risk factor?. *La Tunisie medicale*, 97(3), 455–460.
- (4) Agrawal, A., Hussain, K. S., & Kumar, A. (2020). Minor blood group incompatibility due to blood groups other than Rh(D) leading to hemolytic disease of fetus and newborn: a need for routine antibody screening during pregnancy. *Intractable & rare diseases research*, 9(1), 43–47. <https://doi.org/10.5582/irdr.2019.01094>
- (5) Sarwar A, Citla Sridhar D. Rh-Hemolytic Disease. [Updated 2023 Mar 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560488/>
- (6) Zwiers, C., Scheffer-Rath, M. E., Lopriore, E., de Haas, M., & Liley, H. G. (2018). Immunoglobulin for alloimmune hemolytic disease in neonates. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD003313. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003313.pub2>
- (7) Bajo Arenas J, Melchor Marcos J, Mercé L editors. Patología fetal y del recién nacido. Fundamentos de obstetricia (SEGO). 1ª ed. Madrid; 2007. P. 847-856.
- (8) Espinilla Sanz B, Tomé Blanco E, Sadornil Vicario ME, Albillos Alonso L. Isoinmunización. Manual de obstetricia para matronas. 2ª ed.: Difácil; 2016. p. 141-146.

Capítulo 13

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL SERVICIO DE NEONATOS

ROSA MARÍA CALERO ESCUDERO

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son definidas por la OMS como, “infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección”, es decir, es aquella infección o enfermedad que el paciente contrae en el medio hospitalario, siendo distinta de la enfermedad por la que el paciente ingresó en dicho lugar.

A diferencia de los adultos, en el caso de los recién nacidos, recién nacidos con bajo peso y recién nacidos prematuros ingresados en las unidades de neonatología, estos tienen su sistema inmunológico todavía inmaduro, lo que les confiere una mayor probabilidad para contraer alguna infección nosocomial.

En España, el porcentaje de infecciones nosocomiales presentes en el área de pediatría se encuentra en torno a un 4,58%, de los cuales, menos de un 1% se producen en el área de neonatología. Además, entre un 20 – 30% de las infecciones nosocomiales hospitalarias pueden ser evitadas.

Como se ha descrito anteriormente, el porcentaje de infecciones nosocomiales presentes en el área de neonatología es ínfimo, pero la gravedad de los casos

ocurridos es muy alta, llegando a producir hasta la muerte del niño si no se diagnostica y se trata en la menor brevedad posible, aumentando ese riesgo cuanto menor sea el peso del bebé en el momento de su nacimiento o las semanas de alumbramiento.

2 Objetivos

El objetivo principal de dicha revisión bibliográfica irá encaminado a conocer y manejar los cuidados de enfermería que se deben llevar a cabo para detectar y prevenir las infecciones nosocomiales que puedan llegar a surgir en el servicio de neonatos.

3 Metodología

La obtención de información y realización de la presente revisión sistemática se ha llevado a cabo mediante bibliografía de los últimos 5 años, comprendiendo desde el año 2018 a 2023, encontrada a través de terminología trasladada al lenguaje controlado Tesauro, mediante descriptores de ciencias de la salud tales como MeSH y DeCS, en las distintas bases de datos mencionadas posteriormente, y con la utilización de operadores booleanos (AND, OR y NOT).

Entre las bases de datos consultadas se encuentran PubMed/Medline, Elsevier, Scielo, biblioteca virtual en salud (BVS), Dialnet y Cochrane, así como metabuscadores tal que Google académico. También se han consultado páginas oficiales como la Sociedad Española de Neonatología (SeNeo).

Asimismo, se ha considerado que los artículos estuvieran en texto completo e idiomas del español o inglés, y que la muestra englobara a niños con edades comprendidas entre 0 días y 1 mes, así como niños nacidos con menos de 25 semanas hasta 37 semanas.

Entre las palabras claves utilizadas en la búsqueda de información se encuentran: “Enfermera”, “Atención de Enfermería”, “Enfermedades del Prematuro”, “Recién Nacido Prematuro”, “Infección Hospitalaria”.

4 Resultados

Las infecciones nosocomiales son uno de los mayores riesgos a los que se enfrentan los recién nacidos y neonatos que se encuentran ingresados en los Servicios de Neonatología, ya que, muchos de estos patógenos son multirresistentes. Así, más del 70% de las infecciones son transferidas a estos pacientes por el personal sanitario que trabaja en dichas unidades, mientras que el 30% restante son a causa de la manipulación de los bebés por parte de los familiares que los visita.

Entre los patógenos que con mayor frecuencia producen las infecciones nosocomiales se pueden encontrar *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter*, *Serratia* y, *Candida albicans*.

Debido a que dichos patógenos se están volviendo más resistentes a los tratamientos prescritos para su erradicación, se están llevando a cabo un mayor número de medidas de prevención que eviten el inicio de la infección.

Así, en cuanto al personal sanitario se refiere, en primer lugar, se deberá realizar una buena higiene de manos con agua y jabón al inicio del turno y siempre que sea necesario, además de utilizar gel hidroalcohólico antes y después de la manipulación del neonato. También, se deberán retirar joyas de las manos y relojes antes de introducirlas en las incubadoras ya que muchos de éstos patógenos aumentan su proliferación con el calor, pudiendo colonizar en las propias incubadoras.

En relación a la realización de las técnicas invasivas o no invasivas enfermeras como la cura o mantenimiento de dichos procedimientos tales como canalización de catéteres, intubación o colocación de sondas, entre otros, el procedimiento deberá ser realizado lo más aséptico posible o, cuando la técnica lo requiera, lo más estéril posible ya que, cuanto mayor sean los procedimientos invasivos realizados a los niños, mayor será la probabilidad de infección, al igual que, cuanto mayor sea el tiempo de ingreso en neonatología, mayor será el riesgo de infección.

Para la cura del cordón umbilical se recomienda la utilización de curas en seco con alcohol al 70% o clorhexidina acuosa al 2% y gasa seca, pero, si hay signos de infección se deberá combinar con la aplicación de Mupirocina.

En cuanto a los familiares, es muy importante concienciar a los padres de, sobre todo, realizar una buena higiene de manos a la entrada a la unidad y realizarla de la misma manera que los profesionales sanitarios allí presentes. También se

deberá indicar que la utilización del teléfono móvil debe ser siempre desde fuera de la incubadora, con el posterior lavado de manos con gel hidroalcohólico, es decir, nunca se deberá introducir el teléfono móvil dentro de la incubadora ya que, al igual que las joyas y relojes, esta tecnología es portador de muchísimos microorganismos que proliferan con el calor de las incubadoras.

5 Discusión-Conclusión

La implantación de guías de práctica clínica y protocolos para la reducción de las infecciones nosocomiales en el servicio de neonatos se hace necesario, ya que se reduciría la mortalidad de estos pacientes considerablemente, además de mejorar su calidad de vida.

Así mismo, la formación en temas de prevención de la salud de todo el personal sanitario que trabaja en dichas unidades, podría ser una nueva manera de disminuir el porcentaje de infecciones nosocomiales sin olvidar, la implicación que deben tener estos trabajadores con los familiares que van a visitar a los niños a la hora de transmitir dichos conocimientos y buenas praxis, para que, con la colaboración de todos sean erradicadas estas afecciones.

6 Bibliografía

1. Cómo evitar las infecciones nosocomiales [Internet]. NOB166. 2021 [citado 22 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://nob166.com/solucion-hospitalaria/como-evitar-infecciones-nosocomiales/#:::text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20a,raz%C3%B3n%20distinta%20de%20esa%20infecci%C3%B3n.>
2. Tesini BL. Infección neonatal hospitalaria [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 23 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/infecci%C3%B3n-neonatal-hospitalaria>
3. Viseda Torrellas Y. Enfermedades nosocomiales; prevalencia, control y relación con la resistencia a los antibióticos. 2021. [citado 23 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/54278>
4. Pujol M, Limón E. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2013 [citado 25 de marzo de 2023];31(2):108-13. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia->

clinica-28-articulo-epidemiologia-general-infecciones-nosocomiales-sistemas-S0213005X13000025

5. Magaña Salazar MY, Benítez Hernández ML. Variación de la tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria en neonatos. *Alerta* [Internet]. 2021 [citado 28 de marzo de 2023];4(1):67-71. Disponible en: <https://lamjol.info/index.php/alerta/article/view/9748>

6. Carazo B. Protocolo 14: Medidas de prevención y control de la infección nosocomial [Internet]. SEPIH. Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria. 2021 [citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://sepih.es/protocolos-sepih/protocolo-14-medidas-de-prevencion-y-control-de-la-infeccion-nosocomial/>

Capítulo 14

EL PAPEL DEL PERSONAL ENFERMERO EN LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA Y EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS

REBECA SALINAS GONZÁLEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus, es una enfermedad crónica cuya etiología viene determinada por la actividad del páncreas. Por un lado, se presenta cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o, por otro lado, cuando el propio organismo no utiliza de forma eficaz la insulina producida. La insulina es una hormona producida y secretada por las células beta de los islotes pancreáticos, cuya función es regular la concentración de glucosa en sangre (glucemia). Un efecto común de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (elevación de la concentración de glucosa en sangre), cuyos efectos, con el tiempo, son visibles en muchos órganos y sistemas del cuerpo. En especial, en nervios y vasos sanguíneos.

La intolerancia a la glucosa, término utilizado comúnmente para referirnos al “deterioro de la tolerancia a la glucosa” y la alteración de la glucemia basal, basal quiere decir en ayunas, son estados de transición entre la situación normal y la

patológica (diabetes). En ambos casos, existe un elevado riesgo de que en un futuro próximo se presente la sintomatología clásica de una diabetes tipo 2, aunque no es algo inevitable.

La diabetes mellitus, pasado el tiempo, puede provocar daños a nivel del corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. Por ejemplo, los adultos que presentan la patología tienen un mayor riesgo, entre dos y tres veces mayor, de sufrir un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular. Las neuropatías derivadas de la diabetes afectan a los pies y elevan la probabilidad de sufrir úlceras e infecciones, que, en último lugar, pueden llevar a una amputación del miembro. La retinopatía diabética es una importante causa de diabetes. Aproximadamente un millón de personas han sufrido ceguera derivada de la diabetes. Por último, citar, que una de las principales causas de la insuficiencia renal es la diabetes.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los valores normales de la glucemia y formar al paciente en el autocuidado para prevenir las descompensaciones agudas y mantener una buena calidad de vida.

Objetivos secundarios:

- Explicar a las personas fumadoras las consecuencias nefastas que tiene el tabaco en el desarrollo de la enfermedad.
- Conocer las complicaciones agudas y crónicas derivadas de la diabetes mellitus.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Las complicaciones agudas más frecuentes derivadas de la diabetes son cinco. La hipoglucemia, la cetoacidosis diabética (CAD), el coma hiperosmolar no cetósico,

el fenómeno SOMOGY y, por último, la hiperglucemia matinal.

La hipoglucemia no es una enfermedad, sino un síndrome clínico. La definición de hipoglucemia está determinada por la tríada de Whipple, que incluye: niveles bajos de glucemia (por debajo de 50-60 mg/dl), sintomatología simultánea a esos niveles bajos y mejoría clínica al normalizar los niveles de glucosa. Es la complicación más frecuente e importante de la diabetes mellitus. La clínica va a depender de la intensidad y duración de la hipoglucemia, de la rapidez de la instauración y de los niveles previos de glucosa.

El tratamiento ha de iniciarse ante una sospecha clínica. El tratamiento inmediato, si el paciente está consciente y la hipoglucemia no es muy severa, consistirá en administrar hidratos de carbono de absorción rápida (zumo, leche con azúcar). Sin embargo, si el nivel de conciencia se encuentra disminuido y la hipoglucemia es severa no se debe utilizar la vía oral, por riesgo de aspiración ha de ser tratado y valorado por los sanitarios. En estas circunstancias, la administración de glucosa a darse por vía endovenosa. Utilizando preparados de alta concentración (50 %). Es importante recalcar, que si a hipoglucemia viene precedida por el tratamiento con sulfonilureas el paciente requiere un ingreso hospitalario para un mayor control.

Una alternativa frecuente, de uso extrahospitalario, es la administración de glucagón por vía intramuscular o subcutánea. Éste actúa en unos minutos y el efecto puede durar horas. Si no resulta efectivo el tratamiento con glucagón, se puede repetir la dosis a los 15 minutos. El paciente debe tener siempre glucagón en su domicilio, conservado en nevera, para cualquier emergencia.

La CAD es la complicación aguda que con mayor frecuencia padecen los pacientes con diabetes mellitus tipo 1. En este caso se produce una hiperglucemia por encima de 250 mg/dl, ya que, al haber un déficit de insulina, la glucosa es incapaz de entrar en el interior de las células del organismo; permanece en sangre en vez de ser utilizada por los tejidos dependientes de la misma. Es característico de la misma el aliento con olor afrutado, o a manzana. El tratamiento de la CAD requiere una corrección de la deshidratación, la hiperglucemia y los desequilibrios hidroelectrolíticos.

Las complicaciones más frecuentes tras el tratamiento de la CAD son la hipoglucemia, la hiperglucemia e hipopotasemia.

En tercer lugar, el síndrome hiperosmolar no cetósico. Complicación aguda que con mayor frecuencia padecen los diabéticos de tipo 2. Se habla de cifras de glu-

cosa muy altas en torno a los 600 mg/dl y pudiendo llegar a 1000 mg/dl. Las infecciones, enfermedades coexistentes, tratamiento inadecuado, al igual que la CAD, pueden desencadenar el coma hiperosmolar no cetósico. La enfermedad cursa con poliuria y polidipsia produciéndose una deshidratación. Pueden presentar alteraciones neurológicas como la confusión, letargo y, en casos más graves, el coma.

El objetivo del tratamiento será corregir el déficit volumétrico y el estado hiperosmolar. El fenómeno SOMOGY cursa con una hipoglucemia nocturna y una hiperglucemia de rebote. Es un fenómeno un tanto paradójico. La hiperglucemia basal es alta, mientras que presenta una hipoglucemia en torno a las 3 de la mañana. Se recomienda bajar la dosis de insulina y dar un suplemento nocturno. Los niveles de GH y cortisol se encuentran aumentados.

El fenómeno ALBA o hiperglucemia matinal se caracteriza por niveles de glucemia mantenidos y, en torno a las 3 de la mañana. En este caso se debe subir la dosis de insulina nocturna. Se cree que el aumento de la glucemia puede deberse al aumento nocturno de GH y cortisol.

5 Discusión-Conclusión

En el caso de los pacientes diabéticos, el mejor tratamiento es la prevención, luego es fundamental ofertar educación sanitaria, tanto al paciente como a la familia sobre las pautas, horarios de alimentación y el autocontrol en las glucemias, así como explicar en qué consiste y cuáles serían los efectos secundarios del tratamiento hipoglucemiante pautado por el médico, ya sea insulina o antidiabéticos orales. De igual manera, será necesario educar al paciente y a la familia sobre las actividades inmediatas que deben llevar a cabo ante un tratamiento inmediato en caso de hipoglucemia.

Tal como hemos visto y en resumen nosotros los enfermeros somos parte fundamental en el tratamiento y en la prevención de la diabetes mellitus.

6 Bibliografía

1. American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in diabetes-2021. Diabetes Care [Internet]. 2021 [citado 8 de junio de 2022];44(Suppl 1): S15-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33298413>.

2. Emerging Risk Factors Collaboration, Sarwar N, Gao P, Seshasai SRK, Gobin R, Kaptoge S, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet* [Internet]. 2010 [citado 8 de junio de 2022]; 375(9733):2215-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20609967/>.
3. GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators, Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to vision 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2021 [citado 8 de junio de 2022];9(2):e144-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33275949/>.
4. Di LorenziBruzzzone RM, Bruno L, Pandolfi M, Javiel G, Goñi M. Hipoglucemia en pacientes diabéticos. *INNOTEC* [Internet]. 2017 [citado 8 de junio de 2022];02(03):51-60. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972017000300051.
5. CSENDOCS-Servei d'Endocrinologia i Nutrició de l'Hospital Universitari Quirón Dexeus. Complicaciones agudas: Hiperglucemia con cetosis. Cetoacidosis diabética. [citado 8 de junio de 2022]; Disponible en: <http://www.endocrino.cat/es/diabetes.cfm/ID/7036/ESP/complicaciones-agudas-hiperglucemia-con-cetosis-cetoacidosis-diabetica.htm>.
6. Adeyinka A, Kondamudi NP. Hyperosmolar Hyperglycemic Nonketotic Coma. 2022 [citado 8 de junio de 2022]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29489232/>.
7. Martínez EA. Indicación de los autoanálisis en diabetes mellitus tipo 2. *FMC - Form Médica Contin Aten Primaria* [Internet]. 2021;28(3):161-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S11342072220301821>.
8. Torres IV, Donlo IC. Situación actual del control de la diabetes mellitus tipo 2 en España. Identificación de las principales barreras en la práctica clínica diaria. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2013 [citado 8 de junio de 2022];141 Suppl 2:3- 6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulosituacion-actual-del-control-diabetes-S0025775313700563>

Capítulo 15

CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: EL ROL DE LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: PREVENCIÓN

PATRICIA PRIEGO QUERO

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una lesión cutánea, que se suele producir sobre una prominencia ósea que se encuentra durante un tiempo prolongado bajo presión y la presión en combinación con cizallamiento (fuerza aplicada o presión ejercida contra las capas de la piel a medida que los tejidos se deslizan en sentido opuestos lo que ocasiona fricción que da lesiones en la dermis.

En el siglo XIX, una enfermera británica, se refirió a las UPP de forma metafórica como “Epidemia bajo las sábanas”. Cuantificó la prevención del 95% siguiendo unos mecanismos preventivos que toda enfermera al cuidado de pacientes debe saber, acometer y realizar.

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) ha reclamado desde su creación en 1994 que “las UPP, lejos de ser un problema banal, inevitable o silente, es un problema de salud de primer orden a nivel mundial”. La creación de este grupo interdisciplinar marcó un antes y un después en la evolución y cuidado de estas lesiones.

En 2017 se realizó el 5º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP y otras lesiones relacionadas con la dependencia (el 8,7%) en 554 unidades de 70 hospitales, 95 centros de atención primaria y 43 residencias de mayores y centros sociosanitarios repartidos por toda España. Las unidades de cuidados paliativos (16,7%), UCI

(14;9%), unidades postquirúrgicas y reanimación (14%) presentan las cifras más altas. En Atención Primaria los pacientes encamados la cifra prevalencia fue de 4,8% y en Residencias de mayores fue de 4%.

Las UPP además de un problema de salud, se consideran también un problema social y económico muy importante, que implica sufrimiento, pérdida de autonomía y desgaste personal y familiar. Se manifiestan en todas las sociedades como un problema de Salud Pública, porque afecta a todos y cada uno de los niveles asistenciales ya que su existencia provoca un aumento de recursos sanitarios tanto materiales como personales, porque afecta mayoritariamente a personas mayores dependientes de cuidados, disminuyendo su calidad de vida y aumentando la morbilidad.

El cuidado de estos pacientes provoca desgaste y cansancio, emociones negativas. Y ante todo las UPP son un motivo de sufrimiento, dolor, miedo, ansiedad y limitaciones para quienes lo padecen.

2 Objetivos

- Normalizar los cuidados para la prevención de acuerdo con las evidencias científicas desde la enfermería de Atención Primaria.
- Valorar e identificar a la persona con riesgo de desarrollar UPP.
- Establecer revaloración del nivel de riesgo a desarrollar UPP.
- Aplicar las intervenciones de enfermería en función del riesgo.
- Implicar e instruir al paciente/familiar cuidador en la prevención de las UPP.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica donde se ha realizado búsqueda sistemática entre los diferentes portales sobre la literatura científica existente, se empleó Google Académico en las principales bases de datos: Pubmed y Scielo.

4 Resultados

El mejor tratamiento de las UPP es la prevención.

La enfermera de Atención Primaria juega un papel importantísimo, actuando sobre los 4 grandes bloques de las medidas de prevención:

-Valoración del riesgo

- Evitar el riesgo provocado por los factores extrínsecos
- Evitar el riesgo provocado por factores intrínsecos
- Educación sanitaria.

Valoración: Se realiza en las personas de atención a domicilio, encamadas con riesgo de sufrir UPP. En estos pacientes cuando se produzca cambios en el estado general tras un hecho clínico relevante o cambios en el tratamiento se hará de nuevo una valoración. Hay que hacer una revisión completa de la piel del paciente desde la cabeza hasta los pies.

La valoración del riesgo se realiza mediante el uso de escalas, son herramientas de trabajos muy eficaces porque en un tiempo mínimo, permite establecer una puntuación en función de unos parámetros considerados factores de riesgo. Existen varias escalas: Escala de Norton, Escala de Braden, Escala de Arnell, Escala de Nova... De todas la que más se suele usar es la Escala de Norton, pero también se decantan por la Escala de Braden por mejor sensibilidad/especificidad y manejo integrado en atención primaria.

Factores extrínsecos: Uno de los puntos más destacados a tratar sería cambios posturales, consistente en la rotación del paciente a lo largo del día, para movilizarlo y evitar así la presión continua en las zonas más susceptibles de desarrollar UPP.

Para la movilización del paciente encamado hay que alternar posición de supino, prono, decúbito lateral derecho e izquierdo y sentado.

La redistribución de la presión del cuerpo sobre la superficie en la que se apoya, esto se consigue mediante el uso apropiado de superficies especiales de manejo de presión (SEMP). Los SEMP se clasifican según sus componentes y mecanismos de acción: colchones, cojines, camas... con dispositivos para redistribución de la presión; según modo actuación: SEMP estáticas o dinámicas.

Factores intrínsecos: En este apartado hay diferentes puntos a tener en cuenta:

- Inmovilidad: Si existe posibilidad fomentar y mejorar la movilidad del paciente proporcionándole los dispositivos necesarios. Iniciar gimnasia activa y pasiva o derivar al fisioterapeuta.
- Alteraciones respiratorias y circulatorias: Siempre que sea necesario y esté indicado por patología de base asegurar aporte de oxígeno. Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) productos compuestos por ácidos grasos esenciales que han sido sometidos a un proceso de hiperoxigenación y tienen la propiedad de aumentar circulación sanguínea, disminuyendo el riesgo de isquemia en los tejidos; impulsan la renovación celular epidérmica reparando la troficidad cutánea y mejoran la hidratación de la piel.
- Diabetes Mellitus: los pacientes diabéticos pueden presentar daños en los vasos

vasculares provocando un déficit en la perfusión tisular periférica aumentando el riesgo de UPP.

- Medicación: Los pacientes polimedicados son los de riesgo alto, debiendo estar en alerta, ya que varios fármacos pueden ocasionar la aparición de factores de riesgo. Vigilar pacientes que tomen vasoconstrictores y antihipertensivos, ya que van a provocar hipoperfusión tisular.
 - Nutrición: Mantener una dieta sana y equilibrada, teniendo en cuenta que para el proceso de cicatrización debemos incrementar el aporte de proteínas, minerales, vitaminas y aminoácidos.
 - Aporte hídrico: Asegurarse ingesta de líquidos en el paciente en función de su edad, condición de salud y factores que puedan influir a una pérdida excesiva
 - Edad: El envejecimiento engloba un conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos que producen una pérdida progresiva de capacidades funcionales y cognitivas. Por ello son más susceptibles de sufrir úlceras por presión.
- Educación sanitaria: Dentro de las funciones de la enfermería aparece la educación sanitaria, la cual cobra mayor relevancia en la enfermera a Atención Primaria. Se encarga de modificar los conocimientos, actitudes, hábitos y comportamientos de los individuos en cuanto a la prevención a la par que hacer que adopten y mantengan prácticas y estilos de vida. Integran y forman a los cuidadores del paciente en la prevención de las úlceras por presión, los cambios posturales la correcta realización y el uso adecuado del equipamiento disponible (SEMP).

5 Discusión-Conclusión

Comparando todos los artículos de la revisión bibliográfica, se ha demostrado que, llevando a cabo todos los puntos anteriormente expuestos, se consiguió un incremento de las medidas preventivas, especialmente cambios posturales y uso de AGHO.

Se ha producido un aumento en la utilización de SEMP, lo que ha llevado a uno de los principales elementos preventivos en Atención Domiciliaria para su reducción, tanto del volumen de UPP como de su categorización.

Valorando los resultados se ha podido constatar una mejora en la optimización de los recursos puestos en marcha para conseguir una reducción en la frecuencia, porcentaje y gravedad de las UPP y una disminución en su extensión, profundidad y cicatrización.

Desarrollar un programa de educación organizado, estructurado, comprensible y realista dirigido a todos los implicados (pacientes, familiares y cuidadores) ha sido

clave para prevenir las úlceras por presión en esta “epidemia bajo las sábanas”.

6 Bibliografía

1. Úlceras por presión. Prevención, tratamiento y consejos desde la farmacia. [Internet] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion-tratamiento-13059416>.
2. Efectividad de la enfermera de práctica avanzada en el cuidado de los pacientes con úlceras por presión en atención primaria. [Internet] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2019000100028&script=sci_arttext&tlng=en.
3. Evolución y novedades en la prevalencia de úlceras por presión y otras lesiones relacionadas con la dependencia. [Internet] Disponible en: <https://www.enfermeriadermatologica.org/index.php/anedidic/article/view/1>.
4. Tiempo de cicatrización de las heridas crónicas, a propósito de un estudio de prevalencia e incidencia. [Internet] Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/251311>.
5. Protocolo clínico para la prevención de las úlceras por presión. Disponible en: [file:///C:/Users/Propietario/Downloads/Protocolo%20Prevenci%C3%B3n%20UPP%202021%20\(1\).](file:///C:/Users/Propietario/Downloads/Protocolo%20Prevenci%C3%B3n%20UPP%202021%20(1).)
6. Efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevalencia de las úlceras vasculares. Una revisión sistemática. [Internet] [revisión 27 ab. 23]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000300006#:text=Los%20%C3%A1cidos%20grasos%20hiperoxigenados%20\(AGHO\)%20son%20productos%20compuestos%20por%20AGE,renovaci%C3%B3n%20celular%20epid%C3%A9mica%20reparando%20la](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000300006#:text=Los%20%C3%A1cidos%20grasos%20hiperoxigenados%20(AGHO)%20son%20productos%20compuestos%20por%20AGE,renovaci%C3%B3n%20celular%20epid%C3%A9mica%20reparando%20la)

Capítulo 16

INFLIXIMAB EN MUJERES EMBARAZADAS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

DELFINA PERAL MIER

1 Introducción

2.1 Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)

El concepto enfermedad inflamatoria intestinal está formado por dos patologías idiopáticas, la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC); ambas caracterizadas por la inflamación de la mucosa intestinal. La etiología de este conjunto de patologías es desconocida y aparentemente multifactorial, siendo una unión de factores genéticos, infecciosos, inmunitarios y ambientales¹

La enfermedad de Crohn presenta afectación en parches y salteada a nivel transmural, mientras que la colitis ulcerosa se limita a la capa más interna, la mucosa, y es caracterizada por una afectación más difusa.² La EC afecta de forma más frecuente a la región íleo-cecal; no obstante, puede alterar cualquier zona del tracto digestivo. La CU, sin embargo, comienza en el recto y continua extendiéndose por el colon³

2.2 Incidencia

La incidencia de la CU y de la EC ha ido aumentando significativamente. La incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal, según el estudio EpidemIBD, es actualmente en España de 16 casos por cada 100000 habitantes/año, lo cual serían unos 10.000 nuevos casos al año de pacientes diagnosticados con EII^{4,5}

Más concretamente, la incidencia de pacientes diagnosticados con CU según dicho estudio es de 8/100.000 habitantes/año, siendo ligeramente predominante en

la zona central de España, y también superior a la EC, 7.5/100.000 habitantes/año, preponderante en el norte de España⁴.

2.3 Cuadro clínico.

Es importante diferenciar el cuadro clínico de dichas patologías, ya que la respuesta a los diferentes tratamientos, el pronóstico o el curso clínico varían significativamente entre ambas⁶

.

La colitis ulcerosa presenta dos síntomas característicos: pérdida de sangre a través del ano o rectorragia y diarrea mucopurulenta. La pérdida de peso o la disminución de los niveles séricos de albúmina también son frecuentes. La sintomatología de la EC se resume fundamentalmente en deposiciones diarreicas, fiebre, dolor en la región abdominal, disminución de peso y astenia, variando en función de la zona afectada y de si se presentan o no fístulas o zonas con estenosis⁷.

En ocasiones también se pueden presentar fisuras, fístulas u otro tipo de lesiones perianales³

.

Ambas EEI presentan síntomas comunes, como aumento temporal de la temperatura corporal, desnutrición, anorexia o diaforesis. En la colitis ulcerosa no se encuentran masas palpables, mientras que si se pueden encontrar en la EC⁸

.

Independientemente de cual sea la sintomatología intestinal, diversos estudios muestran que hasta casi el 50% de los pacientes con EC o CU padecen además síntomas extraintestinales que afectan a nivel musculoesquelético, dermatológico, ocular o hepático, por lo que nos referimos a la EEI como una enfermedad sistémica^{9,10}

En la EEI son comunes dos fases, denominadas brote y fase de remisión (fase de actividad y de inactividad respectivamente). En los brotes, la inflamación desciende y los síntomas, si aparecen, son de menor intensidad. Ambas patologías pueden cursar con brotes de mayor gravedad que pueden producir complicaciones extraintestinales¹⁰

.

2.4 Diagnóstico.

La clínica presente en la enfermedad inflamatoria intestinal presenta características compatibles con otras enfermedades digestivas, por lo que es importante un

diagnóstico completo teniendo en cuenta el conjunto de datos clínicos obtenidos (signos y síntomas, antecedentes personales), resultados endoscópicos, histológicos, radiológicos y pruebas de laboratorio¹¹.

-Pruebas analíticas. Las pruebas analíticas incluirán generalmente un estudio de los marcadores de inflamación, un hemograma y una bioquímica, que estudiarán variables como el déficit de albumina, de vitamina B12, la anemia ferropénica y parámetros como la proteína c reactiva, proteína que aumenta ante un proceso inflamatorio, o la velocidad de sedimentación. Los análisis de heces estudiarán la calprotectina y la presencia o ausencia de agentes infecciosos intestinales^{3, 11}.

- Pruebas radiológicas, como TAC, RMN o ecografías simples de abdomen que permiten obtener imágenes simultáneas de intestino delgado, colon y demás órganos circundantes^{3, 12}

.

-Pruebas endoscópicas que permiten estudiar de forma directa la mucosa y tomar muestras del tejido¹²

.

2.5 Embarazo

La EEI predomina en pacientes en edad reproductiva, entre la segunda y la cuarta década de la vida. Debido a esto resulta fundamental conocer el efecto que produce el embarazo en la EEI ^{13,14}

.

La fertilidad en pacientes diagnosticados con EEI en fase de remisión, es decir, cuando la enfermedad no se encuentra activa, es similar a la del resto de la población sana. Las mujeres con EEI activa sí presentan mayor problema para concebir, debido a la desnutrición, inflamación de las trompas o de los ovarios, o tras cirugías por formación secundaria de adherencias. El mejor momento para buscar el embarazo, será cuando la enfermedad se encuentre inactiva, y ya lleve en este periodo de remisión al menos 3 meses^{15,16}

.

Los embarazos que se producen en un momento de actividad de la EEI tienen mayor riesgo de complicaciones, como bajo peso/talla al nacer, partos prematuros o abortos^{3, 17}

. Con respecto al parto, las mujeres con afectación perianal pueden sufrir un aumento del riesgo de laceración vaginal grado IV en comparación con las personas sin patología, y las mujeres con ostomías también pueden sufrir complicaciones

como retracción o prolapso de esta 17.

2.6 Tratamientos

Los tratamientos pautados deben ajustarse a cada paciente en función de la fase y del tipo de enfermedad. También se tendrán en cuenta otra serie de características como la edad, la evolución de la enfermedad o fármacos empleados anteriormente, la respuesta a estos y sus efectos adversos¹².

El tratamiento de la EEI no es curativo, sino que el objetivo principal es controlar los brotes y mantener la enfermedad inactiva siempre que sea posible, mejorando la sintomatología y calidad de vida del paciente y disminuyendo posibles dificultades¹⁸

2.6.1 Tratamiento nutricional

Una mala nutrición empeora el pronóstico y calidad de vida de los pacientes, lo que también repercute en un aumento del gasto sanitario. Se debe de llevar a cabo una alimentación equilibrada evitando alimentos ultra procesados ²⁰.

Además, se debe de reducir el consumo de fibra cuando la enfermedad se encuentra activa. En la EC el tratamiento nutricional es considerado un tratamiento primario, y no solo un soporte nutricional como en el caso de la CU²⁰

2.6.2 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico empleado en la mejora de la enfermedad inflamatoria intestinal engloba aminosalicilatos, corticoesteroides, inmunosupresores, la terapia biológica y los antibióticos¹⁹.

2 Objetivos

2.7 Objetivos:

Objetivo general. Conocer la seguridad que presenta el IFX en mujeres embarazadas con enfermedad inflamatoria intestinal.

Objetivos específicos. o Evaluar la continuidad del infliximab durante la gestación. o Conocer los beneficios y/o riesgos sobre el recién nacido en caso de continuar con el infliximab. o Conocer el efecto del infliximab sobre la fertilidad masculina. o Determinar la administración de las vacunas según el calendario vacunal del RN.

3 Metodología

3. Material y métodos

La realización de esta revisión bibliográfica se llevó a cabo mediante una búsqueda exhaustiva de estudios y artículos científicos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Web of Science, Scopus, CUIDEN, así como guías o fichas técnicas como la EMA, FDA o AEMPS.

Las palabras clave empleadas para la búsqueda de artículos fueron “inflammatory bowel disease” “pregnancy” “infiximab” “seguridad” “security” “tratamiento biológico” “anti-TNF” “embarazo” “vacunación” “vacunas vivas” “fertilidad” “male” “female” junto con los operadores booleanos “AND”, “OR”, “WITH”.

Los criterios de inclusión empleados en este trabajo fueron artículos con una antigüedad no superior a 10 años, es decir, 2012-2022; artículos en inglés o en castellano, de acceso abierto, que incluyesen el fármaco estudiado y cuya población diana fuesen mujeres embarazadas con EEI y hombres en tratamiento con infiximab para estudiar su fertilidad.

Los criterios de exclusión fueron aquellos que no se ajustasen a la búsqueda realizada con respecto a fármaco y población diana (otros fármacos Anti-TNF, niños/niñas, ancianos, etc.) y aquellos que al leer el resumen o abstract no aportasen la información buscada.

Los artículos encontrados en las principales bases de datos fueron 179. Del total de artículos después de realizar una lectura del título y/o resumen (abstract) de muchos de ellos se seleccionan un total de 57 artículos. Por último, considerando los artículos que mejor se adaptaban al tema que se estaba estudiando, se seleccionan 13 artículos.

4 Resultados

4. Resultados y discusión

Mayoritariamente los estudios coinciden en que el infiximab es un fármaco de bajo riesgo durante este periodo, perteneciente al grupo B por la FDA 25

Mantener o no el fármaco durante el embarazo debe ser una decisión individualizada y consensuada entre el médico y el paciente, teniendo en cuenta los posibles riesgos y/o beneficios, el estado en el que se encuentre la gestante, etc. Analizando diferentes artículos se puede observar la controversia existente con respecto al momento de suspender la infusión del fármaco. El infiximab atraviesa

la barrera placentaria a finales del segundo trimestre de gestación o principios del tercero. La fecha de inicio de traspaso placentario no está clara.

Gran parte de los autores recomiendan suspenderlo al inicio del tercer trimestre 34,35, 36

.

La declaración 4F de la ECCO recomienda suspender el tratamiento en torno a la semana 24-26 para evitar el traspaso placentario pero mantener la remisión de la enfermedad²⁸

El consenso de Toronto, sin embargo recomienda la continuación del infliximab durante todo el embarazo, ya que los beneficios superarían los riesgos potenciales, y suspenderlo en torno a la semana 24 en aquellas mujeres con bajo riesgo de recaída de la enfermedad ²⁷.

Otros autores recomiendan administrar la última dosis a la semana 32 y reanudarlo después de dar a luz ^{33,37}

. La EMA no tiene clara la seguridad de este fármaco durante el embarazo, por lo que recomienda evitar su uso en mujeres embarazadas siempre que sea posible³⁸

.

Un estudio realizado por Federico Argüelles et al.

21 muestra en una pequeña población de mujeres embarazadas un ligero aumento en el número de abortos espontáneos, pero se concluye que esto se debe a los efectos de la propia patología y no al tratamiento empleado. Otros estudios informaron mejores resultados entre mujeres que continuaron la terapia durante los 3 trimestres de embarazo comparados con las mujeres que interrumpieron la terapia durante el primer trimestre²⁸

. Diversos autores no encontraron diferencias entre mujeres que suspendieron el tratamiento en la semana 25 en comparación con aquellas que lo continuaron más allá de la semana 30 ³⁹

.

El estudio PIANO no encontró un incremento de anomalías congénitas u otras complicaciones en comparación con los bebés que no han estado expuestos a dicho fármaco. A pesar de estos datos, los efectos a largo plazo sobre el bebé y en especial sobre su sistema inmunológico, siguen siendo desconocidos ^{28,33}

.

Varios artículos coinciden en que el fármaco permanece en el cuerpo del bebé

varios meses después del parto, por lo que hay controversia acerca de cuándo administrar vacunas vivas a estos recién nacidos. Algunos autores afirman que no se deben administrar antes de los 6 primeros meses de vida ²⁸; otros sin embargo prefieren esperar hasta los 12 meses ²⁶, al haberse encontrado aún restos del fármaco a los 7 meses ²⁶. En el documento publicado por la EULAR se establece que los niños expuestos a este fármaco antes de la semana 22 de embarazo pueden recibir todas las vacunas, incluyendo las vivas, de acuerdo al calendario de vacunación establecido. Sin embargo, aquellos expuestos posteriormente deben esperar hasta los 6 meses para recibir las vacunas vivas

^{34,35,36}

En el artículo elaborado por Viviana Parra Izquierdo et al.²³ se comenta que si el fármaco se suspende en torno a la semana 26 y no hay paso del fármaco a la placenta, se puede llegar al parto sin detectar niveles del fármaco en el niño y seguir el calendario vacunal normal.

La EMA aporta datos en relación a la respuesta inmunológica del recién nacido expuesto al infliximab en el útero, y recomienda no administrar vacunas vivas hasta al menos 6 meses después del nacimiento. Además, tras esta exposición el riesgo de infección de los bebés se incrementa ³⁸

.

En relación a la fertilidad de las personas en tratamiento con infliximab, existe controversia debido fundamentalmente a los pocos estudios existentes. Un estudio realizado en ratones no muestra una disminución de la fertilidad³⁹

.

El estudio realizado por Mahadevan et al.³⁰ muestra un aumento del volumen de semen después de la administración de este, pero también un menor número de ellos con morfología normal a diferencia de personas no expuestas a este.

Puchner et al.³⁰

, citado por María Paz Valer, no encuentra una peor capacidad para concebir en sus estudios. El estudio realizado por Villiger et al. C.J. citado por Van der Woude et al.^{28,32} con respecto a este fármaco en pacientes con otras enfermedades muestra que la calidad del esperma en pacientes con este fármaco es similar a la del grupo control y no se recomienda, por tanto, evitar su uso aunque se esté buscando concebir^{10,11,32}.

.En otros artículos explican como la exposición a los Anti-TNF podría afectar de forma negativa sobre los espermatozoides maduros o en proceso de maduración, afectando a la fertilidad, pero en una cohorte danesa realizada con padres en

tratamiento con IFX meses antes de concebir, no se encuentra un aumento de problemas³¹

.Los efectos de este tratamiento biológico sobre la fertilidad en los hombres siguen sin ser claros²⁵

5 Discusión-Conclusión

5.Conclusión

Son pocos los datos disponibles con respecto al fármaco seleccionado en este estudio, a pesar de que su uso ha ido en aumento en los últimos años y de que son precisamente las personas en edad reproductiva las que suelen comenzar a desarrollar esta enfermedad y, por consiguiente, estas dudas en relación a como plantearse un embarazo si están en tratamiento con infliximab.

Los pocos datos disponibles no muestran efectos adversos durante la gestación en mujeres que están siendo tratadas con infliximab, y la mayor parte de ellos recomiendan suspender su infusión por precaución antes de comenzar el tercer trimestre de gestación, momento en el que atraviesa la barrera placentaria. No obstante, se recomienda individualizar esta decisión en función de la situación del paciente y su enfermedad. La FDA clasifica al fármaco en la categoría del grupo B, y la EMA recomienda no emplear este fármaco durante el embarazo a no ser que sea estrictamente necesario, sin embargo, los estudios disponibles en mujeres embarazadas no muestran un aumento de complicaciones ni de efectos adversos en el recién nacido, y son varios los autores que afirman que los beneficios de continuar el tratamiento superan los riesgos potenciales.

Con respecto a la influencia que este tiene sobre la fertilidad, los estudios disponibles son aún menores. Algunos autores muestran el efecto que este fármaco genera sobre los espermatozoides, que parecen verse alterados, lo que puede producir una disminución de la fertilidad. Otros estudios sin embargo, no relacionan el empleo de infliximab con una alteración de la fertilidad.

Investigaciones realizadas en ratones tampoco muestran una disminución en la capacidad de concebir. A pesar de la importancia que radica este tema, y del aumento de la incidencia de personas en edad reproductiva con esta patología, los resultados disponibles no son concluyentes y es necesaria mucha más investigación.

6 Bibliografía

6. Bibliografía

1. Aeped.es. [citado el 3 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7-EII.pdf>
2. Seyedian SS, Nokhostin F, Malamir MD. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. *J Med Life* [Internet]. 2019; 12(2):113–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25122/jml-2018-0075>
3. Colitis ulcerosa archivos [Internet]. G-Educainflamatoria. Enfermedad inflamatoria intestinal Crohn y Colitis ulcerosa. [cited 2022 Jan 21]. Disponible en: <https://educainflamatoria.com/category/colitis-ulcerosa/>
4. Chaparro M, Garre A, Núñez Ortiz A, Diz-Lois Palomares M, Rodríguez C, Riestra S, et al. Incidence, Clinical Characteristics and Management of Inflammatory Bowel Disease in Spain: Large-Scale Epidemiological Study. *Journal of Clinical Medicine*. 2021 Jun 29; 10(13):2885.
5. Gil Candel DM. Optimización de la Terapia con Infliximab en Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal según Parámetros PK/PD: Estrategia, Modelo y Validación de Resultados [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 11]. Disponible en : <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/95424/1/Mayte%20Gil%20Candel%20Tesis%20Doctoral%20sin%20Art.pdf>
6. López Gompertz M, Sedano R. Manifestaciones clínicas y endoscópicas en enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2020 Sep 30];30(4):273–82. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300550#:text=Clasificaciones%20endosc%C3%B3picas%20en%20enfermedad%20de>
7. Royero H, Henry A, Royero Gútierrez A. Enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2003 [cited 2022 Jan 14];18(1):18:24–41. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v18n1/v18n1a06.pdf>
8. Gompertz M, Sedano R. Manifestaciones clínicas y endoscópicas en enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2019 [citado el 13 de enero de 2022]; 30(4):273–82. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes->

202-articulo-manifestaciones-clinicas-endoscopicas-enferme dad- inflamatoria-S0716864019300550

9. Luzoro A, Sabat P, Guzmán L, Frias F. Manifestaciones extraintestinales de enfermedad inflamatoria intestinal. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2021 Dec 29];30(4):305–14. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manifestaciones-extraintestinales-enfermedad-inflamatoria-intestinal-S0716864019300549>

10. Oltra L, Casellas F. Enfermedad inflamatoria intestinal para enfermería. [Internet]. España: Elsevier; 2016. [citado 30 Marzo 2020]. Disponible en: <https://www.geteii.com/wp-content/uploads/2017/10/Monografia-EII-enfermeria.pdf>

11. Morales SSF, Orrego AMG. Guía diagnóstica y terapéutica de la enfermedad inflamatoria intestinal. Revista Medica Sinergia [Internet].

2021 Sep 1 [cited 2021 Enero 19];6(9):e713–3. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/713/1299>

12. García Bosch O. Estrategias de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 12].

Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/126373/1/01.OGB_1de4.pdf

13. Fertilidad y embarazo [Internet]. accuesp.com. 2021 [cited 2022 Jan 22].

Disponible en :<https://accuesp.com/crohn-y-colitis/vivir-con-la-enfermedad/fertilidad-y-embarazo>

14. Chaves De Simone M, Garnier Fernández JC, Pérez Muñoz JD.

Enfermedad inflamatoria intestinal durante el embarazo. Revista Medica Sinergia [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Sep 27];5(12):e614. Disponible en:<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/614/1059>

15. Parra Izquierdo V, Pavez Ovalle C, Ovalle Hernández AF, Espinoza C, Costa Barney VA, Puentes GA, et al. Embarazo y enfermedad inflamatoria

27 intestinal una combinación especial: a propósito de un caso y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Gastroenterología [Internet]. 2019

Dec 30 [cited 2022 Jan 22];34(4):425–32. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3377/337763313014/337763313014.pdf>

16. Núñez F. P, Ibáñez L. P, Pizarro J. G, Sepúlveda S. E, Quera P. R.

Embarazo en enfermedad inflamatoria intestinal: no solo 9 meses de cuidado. Revista médica de Chile [Internet]. 2020 Dec [cited 2022 Jan 22];148(12):1806–12. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/181258/Inflammatory-bowel-disease-during-pregnancy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Ma Del Carmen Pérez-Fuentes C, Jesús J, Ma Del Mar Molero G, Belén A, África B, Ma M, et al. Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital [Internet]. 2016 [cited 2022 Jan 20] p. 169–73. Disponible en : <https://www.formacionasunivep.com/Vcice/files/libro%20avances%20de%20investigacion.pdf#page=169>

18. Oltra L, Casellas F. Enfermedad inflamatoria intestinal para enfermería. [Internet]. España: Elsevier; 2016. [citado 30 Marzo 2020]. Disponible en: [file:///C:/Users/Media%20Service/Downloads/Monografi%CC%81a-EII- enfermeri%CC%81a%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Media%20Service/Downloads/Monografi%CC%81a-EII- enfermeri%CC%81a%20(3).pdf)

19. Fundings F, Heredia Balladares E, Heredia AB, Martínez-Martínez F. Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en enfermedad inflamatoria intestinal Action Guide for the Community Pharmacist in Inflammatory Bowel Disease. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v58n3/2340-9894-ars-58-3-115.pdf>

20. Martínez Gómez MJ, Melián Fernández C, Romeo Donlo M. Nutrición en enfermedad inflamatoria intestinal. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2016 Jul 12 [cited 2021 Feb 4]; 59–62. Available from: https://scielo.Isciii.es/pdf/nh/v33s4/13_original.pdf

21. Argüelles Arias F, Barreiro-de Acosta M. ¿El tratamiento con infliximab es seguro durante el embarazo en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal? Revista Española de enfermedades digestivas [Internet]. 2012

28

[cited 2022 Jan 23]; 104(2):59–64. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v104n2/es_original2.pdf

22. Núñez F. P, Pizarro J G, Ibáñez L P. Embarazo En Enfermedad Inflamatoria intestinal: No Solo 9 Meses De Cuidado. Revista De Medicina De Chile [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 23]; 148:1806–12. Disponible en <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n12/0717-6163-rmc-148-12-1806.pdf>

23. Parra Izquierdo V, Pavez Ovalle C, Ovalle Hernández AF, Espinoza C, Costa Barney VA, Puentes GA, Hani de Ardila AC. Embarazo y enfermedad inflamatoria intestinal una combinación especial: a propósito de un caso y revisión

de la literatura. Rev. colomb. Gastroenterol.

[Internet]. 30 de diciembre de 2019 [citado 23 de enero de 2022];

34(4):425-32. Disponible en : <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/279>

24. M.B Cunha S, C.F. Carneiro M, D. Rodrigues C. Inflammatory bowel disease and women's sexual and reproductive health: a narrative review.

BJHBS, Rio de Janeiro [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 23];19(1):48–56.

Disponible en <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/bjhbs/article/viewFile/53531/34572>

25. Situaciones especiales en la enfermedad inflamatoria intestinal: primer consenso latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis

Organisation (PANCCO) (Segunda parte) [Internet].

Revistagastroenterologiamexico.org. [citado el 5 de abril de 2022].

Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-S0375090617300125>

26. Seow CH, Leung Y, Vande Casteele N, Ehteshami Afshar E, Tanyingoh D, Bindra G, et al. The effects of pregnancy on the pharmacokinetics of infliximab and adalimumab in inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2017 Mar 20;45(10):1329–38

27. Nguyen GC, Seow CH, Maxwell C, Huang V, Leung Y, Jones J, et al. The Toronto Consensus Statements for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy. *Gastroenterology*. 2016 Mar; 150(3):734–757.e1.

29

28. Van der Woude CJ, Ardizzone S, Bengtson MB, Fiorino G, Fraser G, Katsanos K, et al. The Second European Evidenced-Based Consensus on Reproduction and Pregnancy in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2015 Jan 16;9(2):107–24.

29. Nielsen OH, Gubatan JM, Juhl CB, Streett SE, Maxwell C. Biologics for Inflammatory Bowel Disease and Their Safety in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2022 Jan;20(1):74–87.e3

30. Park YE, Kim TO. Sexual dysfunction and fertility problems in men with inflammatory bowel disease. *World J Mens Health* [Internet]. 2020; 38(3):285–97. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5534/wjmh.190007>

31. De E, Fertilidad Masculina LA, La EN, Paz M, López-Fando V, San FB, et al. TESIS DOCTORAL [Internet]. Urjc.es. [citado el 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://burjcdigital.urjc.es/bitstream/handle/10115/15048/TESIS%20MARIA%20PAZ%20VALER%2050969812H.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
 32. Sands K, Jansen R, Zaslau S, Greenwald D. Review article: the safety of therapeutic drugs in male inflammatory bowel disease patients wishing to conceive. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2015; 41(9):821–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/apt.13142>
 33. Yarur A. FERTILIDAD Y EMBARAZO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2015; 26(5):649–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2015.08.003>
 34. Nielsen OH, Loftus EV Jr, Jess T. Safety of TNF- and inhibitors during IBD pregnancy: a systematic review. *BMC Med*. 2013 Jul 31;11:174. doi: 10.1186/1741-7015-11-174. [DOI 10.1186/1741-7015-11-174] [Consulta: 27/01/2022]
 35. Gisbert JP, Chaparro M. Safety of anti-TNF agents during pregnancy and breastfeeding in women with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 2013 Sep;108(9):1426–38.
- 30
36. Marchioni RM, Lichtenstein GR. Tumor necrosis factor- and inhibitor therapy and fetal risk: a systematic literature review. *World J Gastroenterol*. 2013 May 7;19(17):2591–602 [DOI 10.3748/wjg.v19.i17.2591] [Consulta: 01/01/2022]
 37. de Lima A, Zelinkova Z, van der Ent C, Steegers EAP, van der Woude CJ. Tailored anti-TNF therapy during pregnancy in patients with IBD: maternal and fetal safety. *Gut* [Internet]. 2016;65(8):1261–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2015-309321>
 38. Europa.eu. [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/remicade-epar-product-information_es.pdf
 39. Shin T, Okada H. Infertility in men with inflammatory bowel disease. *World J Gastrointest Pharmacol Ther* [Internet]. 2016;7(3):361–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4292/wjgpt.v7.i3.361>

Capítulo 17

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

NEREA ÁLVAREZ ROMÁN

1 Introducción

La artritis reumatoide es una condición crónica y autoinmune que afecta a millones de personas en todo el mundo y es una de las principales causas de discapacidad en adultos. Esta enfermedad se caracteriza por la inflamación de las articulaciones y los tejidos adyacentes, lo que puede resultar en dolor, rigidez, hinchazón y limitación de la movilidad. Además, la artritis reumatoide puede afectar a otros órganos y sistemas del cuerpo, como el corazón, los pulmones y la piel.

Los síntomas de la artritis reumatoide pueden ser difíciles de controlar, lo que puede afectar negativamente la calidad de vida de las personas que la padecen. Además, esta enfermedad puede ser costosa de tratar y puede requerir una variedad de medicamentos y terapias para controlar los síntomas y prevenir complicaciones.

El cuidado de enfermería desempeña un papel vital en el manejo de los pacientes con artritis reumatoide, ya que pueden brindar una atención integral que incluye educación del paciente, control del dolor, monitoreo de los efectos secundarios de los medicamentos, prevención de complicaciones y apoyo emocional. Una atención adecuada por parte de los enfermeros puede ayudar a los pacientes con artritis reumatoide a llevar una vida plena y satisfactoria, mientras mantienen una

buena calidad de vida. Por lo tanto, es importante reconocer la importancia de los cuidados de enfermería en el manejo de la artritis reumatoide y cómo pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

Analizar qué es la artritis reumatoide y los principales cuidados de enfermería que se deben proporcionar a los pacientes que la padecen.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca los cuidados enfermeros en la artritis reumatoide, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes como páginas web, revistas y bases de datos sanitarias.

4 Resultados

La artritis reumatoide es un tipo de enfermedad crónica que requiere un cuidado multidisciplinario para lograr un manejo adecuado. En este sentido, los cuidados de enfermería desempeñan un papel fundamental en la atención integral de los pacientes con esta enfermedad.

La educación al paciente es uno de los aspectos más importantes del cuidado de enfermería para la artritis reumatoide, ya que permite a los pacientes comprender mejor su enfermedad, sus síntomas, el tratamiento y las estrategias de autocuidado para el manejo de su enfermedad. La educación también puede ayudar a reducir el estrés emocional y aumentar la adherencia al tratamiento.

El control del dolor y la inflamación son esenciales en el manejo de la artritis reumatoide y los enfermeros pueden ayudar en este aspecto mediante la administración de analgésicos y la aplicación de terapias físicas, como la terapia con calor o frío. También pueden ayudar en la prevención de complicaciones mediante la administración de vacunas y la educación sobre hábitos de vida saludables.

Los enfermeros pueden desempeñar un papel clave en la monitorización de los efectos secundarios de los medicamentos utilizados para tratar la artritis reumatoide, y también pueden brindar apoyo emocional a los pacientes, quienes pueden

experimentar estrés emocional debido a su enfermedad.

Los cuidados de enfermería son esenciales para el manejo adecuado de la artritis reumatoide. Los enfermeros pueden proporcionar una atención integral que incluye educación al paciente, control del dolor y la inflamación, prevención de complicaciones, monitoreo de los efectos secundarios de los medicamentos y apoyo emocional. Con un enfoque centrado en el paciente y un enfoque multidisciplinario, los pacientes con artritis reumatoide pueden mejorar su calidad de vida y tener un mejor control de su enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado de enfermería es fundamental en el manejo de la artritis reumatoide. Los enfermeros pueden proporcionar una atención integral que incluye educación, control del dolor y la inflamación, prevención de complicaciones, monitoreo de los efectos secundarios de los medicamentos y apoyo emocional. Esto puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a reducir el impacto negativo que la enfermedad tiene en su vida diaria.

Además, los cuidados de enfermería pueden mejorar la adherencia al tratamiento y reducir el estrés emocional asociado con la enfermedad, lo que a su vez puede mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir complicaciones. El papel de los enfermeros en la atención de pacientes con artritis reumatoide es fundamental, ya que pueden ayudar a los pacientes a mantener un estilo de vida saludable, manejar mejor su enfermedad y mejorar su bienestar físico y emocional.

En definitiva, el cuidado de enfermería es una parte integral del tratamiento de la artritis reumatoide y los enfermeros tienen un papel vital en el manejo adecuado de la enfermedad. Con su enfoque centrado en el paciente y una atención integral y multidisciplinaria, los enfermeros pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes y ayudarles a llevar una vida plena y satisfactoria.

6 Bibliografía

Asociación Española de Enfermería en Reumatología. (2019). Guía para el manejo de la artritis reumatoide en la consulta de enfermería. Recuperado de https://enfermeriareumatologica.org/wp-content/uploads/2019/05/Guia_para_el_manejo_de_la_artritis_reumatoide_en_la_consulta_de_enfermeria_2019.pdf

Asociación Española de Enfermería en Reumatología. (2020). Cuidados de enfermería en la artritis reumatoide. Recuperado de https://enfermeriareumatologica.org/wp-content/uploads/2020/05/cuidados_artritis_reumatoide_web.pdf

Capítulo 18

EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE LA TIROIDES

NEREA ÁLVAREZ ROMÁN

1 Introducción

La glándula tiroides es un órgano endocrino que se ubica en la parte frontal del cuello y que tiene como función la producción y secreción de hormonas tiroideas, vitales para el correcto funcionamiento del organismo. La enfermedad de la tiroides es una afección muy frecuente que afecta a millones de personas en todo el mundo, siendo más común en mujeres que en hombres. Esta afección puede manifestarse de diversas formas, como el hipertiroidismo, el hipotiroidismo y la tiroiditis.

El hipertiroidismo se produce cuando la glándula tiroides produce una cantidad excesiva de hormonas tiroideas, lo que puede acelerar el metabolismo y provocar síntomas como sudoración, ansiedad, pérdida de peso y cambios en el ritmo cardíaco. Por otro lado, el hipotiroidismo es una afección en la que la glándula tiroides produce niveles bajos de hormonas tiroideas, lo que puede causar síntomas como fatiga, aumento de peso, piel seca y depresión. La tiroiditis es una inflamación de la glándula tiroides que puede causar dolor y sensibilidad en el cuello, así como fiebre y fatiga.

Es importante diagnosticar y tratar la enfermedad de la tiroides para evitar complicaciones graves, como la insuficiencia cardíaca. Los pacientes con esta enfermedad pueden requerir medicamentos para regular los niveles hormonales, cam-

bios en la dieta y en el estilo de vida, y en algunos casos, cirugía para extirpar la glándula tiroides. En este contexto, la enfermería juega un papel crucial en el cuidado de los pacientes con enfermedad de la tiroides, asegurándose de que reciban atención personalizada y efectiva que garantice su bienestar y calidad de vida.

2 Objetivos

El objetivo de este documento es proporcionar información útil y práctica para los profesionales de enfermería en el cuidado de pacientes con enfermedad de la tiroides.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca los cuidados enfermeros al paciente con enfermedad de la tiroides, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes como páginas web, revistas y bases de datos sanitarias.

4 Resultados

El cuidado de enfermería en pacientes con enfermedad de la tiroides es fundamental para garantizar la atención integral y personalizada que estos pacientes necesitan. Los profesionales de enfermería deben estar capacitados para llevar a cabo una evaluación completa de los signos y síntomas de la enfermedad, realizar un seguimiento de los niveles hormonales y administrar los medicamentos y tratamientos necesarios según corresponda.

Además, es crucial que los pacientes reciban educación sobre su enfermedad y cómo manejarla de manera efectiva para mejorar su calidad de vida y prevenir complicaciones. Los profesionales de enfermería pueden proporcionar información sobre los efectos secundarios de los medicamentos, la importancia de mantener una dieta saludable y equilibrada y los cambios en el estilo de vida que pueden ayudar a controlar los síntomas de la enfermedad.

Los pacientes con enfermedad de la tiroides también pueden enfrentar desafíos emocionales y psicológicos. Por lo tanto, los profesionales de enfermería deben brindar apoyo y orientación a estos pacientes, escuchando sus preocupaciones y

proporcionándoles información y recursos para ayudarles a manejar el estrés y la ansiedad relacionados con su enfermedad.

En colaboración con otros miembros del equipo de atención médica, como médicos, endocrinólogos y nutricionistas, los profesionales de enfermería pueden garantizar una atención coordinada y efectiva a largo plazo para los pacientes con enfermedad de la tiroides. La monitorización regular de los niveles hormonales y la detección temprana de cualquier cambio en los síntomas son cruciales para prevenir complicaciones graves y garantizar el bienestar del paciente.

En conclusión, el cuidado de enfermería en pacientes con enfermedad de la tiroides es un componente esencial en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento efectivo de esta afección. Los profesionales de enfermería pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir el riesgo de complicaciones a través de una atención integral y personalizada, educación y colaboración interdisciplinaria.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el cuidado de enfermería en pacientes con enfermedad de la tiroides es crucial para garantizar una atención integral y efectiva. Los pacientes con esta afección pueden enfrentar diversos síntomas y complicaciones que pueden afectar su calidad de vida y bienestar general. Por lo tanto, los profesionales de enfermería deben estar capacitados para llevar a cabo una evaluación completa de los signos y síntomas, proporcionar educación y apoyo emocional, y colaborar con otros miembros del equipo de atención médica para garantizar una atención coordinada y efectiva a largo plazo.

Es importante destacar la importancia de la educación del paciente en el manejo de su enfermedad. Los pacientes deben ser informados sobre los efectos secundarios de los medicamentos, la importancia de una dieta saludable y equilibrada, y los cambios en el estilo de vida que pueden ayudar a controlar los síntomas de la enfermedad. Además, los profesionales de enfermería pueden brindar apoyo emocional y psicológico a los pacientes, lo que puede ser esencial para su bienestar mental y emocional.

En última instancia, el cuidado de enfermería en pacientes con enfermedad de la tiroides es un componente esencial en la prevención de complicaciones graves y el mantenimiento de la calidad de vida de los pacientes. La colaboración entre

los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención médica puede garantizar una atención coordinada y efectiva, lo que puede mejorar los resultados del paciente y reducir el riesgo de complicaciones. En resumen, el cuidado de enfermería debe ser personalizado, centrado en el paciente y abarcar tanto los aspectos físicos como emocionales y psicológicos de la enfermedad.

6 Bibliografía

García, M., Sánchez, L., & Rodríguez, E. (2018). Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad de la tiroides. *Revista de Enfermería*, 10(2), 23-34.

Martínez, A. (2019). Abordaje multidisciplinar de la enfermedad de la tiroides. *Acta Médica*, 35(1), 12-22.

Capítulo 19

ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA

MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO

ANA MARIA CAMARENA LILLO

MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ MERINO

MARINA ALAÑÓN BARBA

1 Introducción

Podemos definir la insuficiencia cardíaca (IC) como una afección en la cual el corazón ya no puede bombear sangre rica en oxígeno al resto del cuerpo de forma eficiente. Esto provoca sintomatología en el cuerpo de forma generalizada.

La IC es un problema de salud pública en España, y podemos decir de los más importantes, ya que es uno de los principales motivos por el cual ingresan nuestros pacientes en nuestros hospitales.

La edad suele oscilar entre los mayores de 65 años aproximadamente, ya que podemos considerarlos como el grupo de riesgo más afecto de este tipo de patología.

Hablamos de una alta morbilidad que ocasiona la IC, y esto nos hace justificar el protocolo que enfermería realiza para controlar el proceso patológico que origina

y los signos y síntomas que limitan las actividades de la vida cotidiana en aquellos que lo padecen.

Por este motivo, la importancia de la creación de la consulta de enfermería donde se nos hace partícipes y conocedoras de las pautas de actuación frente a la atención de un paciente con descompensación cardiaca en todas sus fases y así poder detectar precozmente, desde nuestra consulta por parte de enfermería, síntomas de alarma que nos indiquen un empeoramiento de la situación clínica del paciente.

La importancia de la educación para la salud en estos pacientes, ¿por qué?, porque es la herramienta principal para luchar contra la cronicidad de esta enfermedad. Enfermería elabora protocolos que identifican, acompañan, educan, y a su vez nos sirven de guía de cómo vivir con un corazón insuficiente.

2 Objetivos

Describir el abordaje que realiza el personal de enfermería, así como su importancia, en los pacientes con insuficiencia cardiaca hospitalizados

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 científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave: IC seguimiento, enfermera especializada.

4 Resultados

La revisión de pacientes en la consulta médica que pasan a seguimiento cercano, inicialmente semanal, es en la consulta de enfermería especializada donde se realiza:

- Valoración del grado funcional. (Anamnesis de antecedentes: FRCV, Hábitos tóxicos, Enfermedad cardiovascular previa, Tratamientos previos, Exploración física: TA, ECG, pruebas de función respiratoria).
- Medidas higiénicas. Control de peso, dieta baja en sal, controlar la ingesta de líquidos, conseguir un normopeso. Recomendaciones según la Organización

Mundial de la Salud (OMS). Según la OMS, la ingesta de sal recomendada en pacientes sin patología es de 5 gr/paciente/día. 5 gr de sal = 2 gr de sodio (gramos de sodio x 2.5 = gr de sal).

En la consulta de Insuficiencia cardiaca enfermería les recomienda evitar tomar sal en la medida de lo posible.

- Control de la función renal: Analíticas rutinarias.
- Control de medicación. Fomentar adherencia al tratamiento (Diuréticos, anti-hipertensivos, betabloqueantes), y vigilar con llamadas telefónicas o consultas presenciales, vigilar que son participativos y tomadores de sus medicaciones, estricta y exhaustivamente, y a su vez conocedores de las repercusiones que conlleva no tomarlas.
- Educación para la Salud orientada hacia el auto-cuidado, saber ver cuáles son signos de descompensación, Coordinarnos en el seguimiento de pacientes con IC en todo el circuito incluyendo a atención primaria, farmacéuticos, trabajo social (sobre todo en pacientes con problemas de movilidad y dependientes o con un deterioro cognitivo.)

Se ha comprobado que, con el seguimiento cercano en la consulta de enfermería especializada, hay un gran control de signos y síntomas que nos permite prevenir y controlar el empeoramiento o desarrollo de su insuficiencia cardiaca.

Con ello hemos conseguido algunos objetivos propuestos, tales como:

- Evitar ingresos hospitalarios continuos de estos pacientes.
- Mejorar grado funcional, lo que conlleva una mejoría de su calidad de vida.
- Conseguir el tratamiento óptimo de cada paciente.
- El autocuidado y la adherencia al tratamiento son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- La consulta de enfermería debe incluir valoración de la adherencia y si se detecta mala adherencia hay que determinar las causas, teniendo en cuenta factores relacionados y proponer estrategias, incluyendo paciente, familia y entorno psicosocial para favorecer el cumplimiento.
- Colaborar de manera multidisciplinar, ya que tanto la prevención como la detección y abordaje de la falta de adherencia a los tratamientos son competencia de todos los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de la incidencia y prevalencia de la IC están aumentando la demanda de personal sanitario capacitado o especializado, para la atención de esta patología. Esto nos lleva a que claramente tengamos una saturación tanto en la

consulta de Atención primaria como en las consultas de atención especializada. A veces nos resulta complicado derivar a estos pacientes hacia cuál es su método de seguimiento, si es un paciente que debe ser seguido por atención primaria o quizás por especialista.

Por eso la importancia de la buena interrelación y compromiso entre los equipos de la atención especializada y la atención primaria y la revisión de protocolos previamente consensuados. Esto hace que mejore la uniformidad y equidad en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

El traslado de los pacientes desde atención primaria a la atención especializada, debería ser mediada a través de estructuras intermedias como los programas de rehabilitación cardíaca y unidades de insuficiencia cardíaca donde nuestra enfermera juega un papel muy fundamental.

6 Bibliografía

1. Owan TE, Hodge DO, Herges RM, Jacobsen SJ, Roger VL, Redfield MM. Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction. *N Engl J Med*. 2006; 355:251-9.
2. Rodríguez-Artalejo F, Banegas-Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57:163-70.
3. Andrikopoulou E, Abbate K, Whellan DJ. Conceptual model for heart failure disease management. *Can J Cardiol*. 2014;30(3):304-11.
4. J. Segovia, L.A. Rivera, R. Pereira, L. Silva. *Revista española de cardiología*. (internet) vol 57, n(3). Disponible en; www.revespcardiol.org/es.
5. www.secardiologia.es/publicaciones/catalogo/documentos-de-consenso/5816-consenso-para-la-mejora-de-la-atencion-integral-de-los-pacientes-con-insuficiencia-cardiaca-aguda.
6. Braunwald E. *Pathophysiology of heart failure: Heart disease, a textbook of cardiovascular medicine*. 1992 pp 393-418.

Capítulo 20

RESECCIÓN TRANSURETRAL, MITOMICINA Y ENFERMERÍA

MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA

MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO

ANA MARIA CAMARENA LILLO

MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ MERINO

MARINA ALAÑÓN BARBA

1 Introducción

El cáncer de vejiga es la aparición de células malignas en dicho órgano. Los factores de riesgo que predisponen a esta enfermedad son: tabaquismo, edad avanzada, estar expuesto a sustancias químicas y ser hombre. Los pacientes con esta patología suelen referir problemas en la micción, como sensación de tener que orinar frecuentemente o irritación. Mayoritariamente el signo de alarma es la hematuria, presencia de sangre en la orina.

El tratamiento quirúrgico, por parte de Urología, para la extirpación de los tejidos malignos, es la resección transuretral (RTU). Esta técnica consiste en acceder a través de la uretra con un aparato endoscópico (resectoscopio) y una cámara endoscópica, lo cual permite visualizar las estructuras, identificar los tejidos dañados y poder eliminarlos. Una vez, terminada la operación quirúrgica, el paciente, tendrá una sonda vesical con sueros de lavado, es decir, se le irrogará

suero fisiológico continuamente, a mayor o menor ritmo según el nivel de hematuria. Además, en este postoperatorio inmediato, enfermería tenemos distintos cuidados: vigilancia hemodinámica, vigilancia y control de los sueros de lavado y diuresis y en ocasiones, según pauta médica la administración intravesical de mitomicina- C.

La mitomicina-C es un agente quimioterapéutico de actividad antitumoral y antibiótica. Su uso puede evitar las recidivas de los tumores vesicales. Y su administración es directa a la vejiga a través de la sonda vesical, se deja actuar y se elimina posteriormente tras dejarlo actuar entre una o dos horas. Al tratarse de un fármaco citostático, debemos tener en cuenta una serie de consideraciones que enfermería debe conocer.

2 Objetivos

- Describir la técnica de enfermería para la administración de mitomicina -C intravesical.
- Conocer las recomendaciones de seguridad para el manejo de este fármaco citostático.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También hemos revisado el protocolo establecido en el hospital donde realizamos nuestra labor asistencial.

4 Resultados

Tras la RTU vesical del paciente y tras confirmar la orden médica, es enfermería la encargada de administración intravesical de la mitomicina- C, y, por tanto, debe ser conocedora del material necesario, la técnica y la correcta administración de fármacos citostáticos.

El material necesario será:

- Dos pares de guantes (se colocará uno por encima de otro).
- Gafas de protección antisalpicaduras.
- Bata impermeable.

- Gorro.
- Mascarilla FFP3.
- Dos pinzas Kocher.
- Jeringa 50 ml, conexión Luer-lock precargada en el servicio de Farmacia con la mitomicina.
- Bolsa de orina cerrada.
- Contenedor de residuos citostáticos.

El paciente es portador de sonda vesical con sueros de lavado. Inicialmente nos cercioramos que la sonda es permeable (entrada y salida de suero salino correcta). Cerramos el suero de lavado y colocamos una pinza Kocher en la sonda.

Conectamos bolsa cerrada de orina en la salida de la sonda, y ponemos la otra pinza Kocher. Conectamos el cono de la jeringa de mitomicina en la luz de la sonda, soltamos pinza kocher, administramos lentamente y volvemos a pinzar.

Desconectamos la jeringa y la desechamos al contenedor de residuos citostáticos. Las manipulaciones de la jeringa las hacemos con gasas empapadas en alcohol para evitar sustancias volátiles. Dejamos actuar al fármaco (en el caso de nuestro hospital una hora). Posteriormente, nos volvemos a vestir correctamente con las medidas de protección. Abrimos las dos pinzas kocher, observamos que como mínimo salen los 50 cc de mitomicina e incluso también orina. Pinzamos la sonda, volvemos a conectar la bolsa de diuresis y los sueros de lavado. Desechamos de nuevo al contenedor de residuos el equipo de protección posteriormente a la bolsa de orina.

La correcta puesta del material de protección será fundamental para evitar salpicaduras y proteger al personal. El orden será: primer par de guantes, bata, gorro, mascarilla, gafas de protección y los otros par de guantes por encima de la bata. Si existieran salpicaduras, en la piel, lavar abundantemente con una solución de bicarbonato sódico y después con jabón y en los ojos, aplicaremos solución de bicarbonato sódico oftálmica.

5 Discusión-Conclusión

Enfermería es conocedora y domina numerosas técnicas en su labor asistencial diaria. En este caso, la administración de un fármaco citostático, la mitomicina, no es compleja pero sí que precisa ser efectuada por personal que tenga formación y entrenamiento en este campo. La correcta manipulación y protección por parte del personal, evitará complicaciones. Además, enfermería debe ser capaz de actuar rápidamente si existieran salpicaduras.

La disponibilidad de protocolos de enfermería actualizados en cada servicio, ayuda a realizar las técnicas de manera segura y más en las que pueden acarrear complicaciones o son de una cierta peligrosidad para la salud del trabajador como es la manipulación de los citostáticos.

6 Bibliografía

1. Fair, W. R. (1991): "Transurethral prostatic electroresection", en Glenn, J. F.: Urologic surgery, pág. 538-572. Filadelfia: J. B. Lippincott Company, cuarta edición, 1991.
2. Núñez, M. Á. C., Cachay, P. B., Martín, G. M., Marí, E. R., & Gómez, S. E. (2003). Cuidados enfermeros en la instilación vesical de mitomicina-c. *Enfuro*, (85), 25-26.
3. Díaz, L. S., Recalde, S., & Barbona, L. O. (2018). Cuidados de Enfermería en la administración de citostáticos. Prevención de extravasación por citostáticos IV. *Medicina Infantil*.

Capítulo 21

GESTIÓN Y MANEJO DE MEDICAMENTOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA

MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO

ANA MARIA CAMARENA LILLO

MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ MERINO

MARINA ALAÑÓN BARBA

1 Introducción

Dentro de la profesión de enfermería en el proceso de cuidar a un enfermo toda precaución que se tenga es poca a la hora de asistir y tratar a los enfermos el profesional enfermero tiene una gran responsabilidad en el momento de la asistencia, pero muy exponencialmente en el cometido en cuanto a la administración de los fármacos o medicamentos que le sean pautados para su tratamiento.

El profesional enfermero debe de estar instruido y en continua actualización de cuáles pueden ser los eventos adversos o errores que más se suceden en la práctica clínica ya que estos se pueden dar en cualquier momento.

En referencia a la profesión de enfermería, la administración de medicamentos es una de las responsabilidades de más envergadura, a la que se enfrenta esta profesión y que en base a unos principios científicos estos se fundamentan siempre en saber prevenir la seguridad del paciente.

Los errores son parte de la naturaleza humana, en las acciones que realiza, no obstante, estos errores y eventos adversos deben ser más estudiados para lograr una minimización adecuada en cuanto a prevención y evitación ya que estos incurren en retrocesos de la recuperación de la salud en los mejores casos y en los peores se halla la posibilidad de grandes y graves repercusiones para el paciente y a nivel de repercusiones importantes en el contexto económico y social.

2 Objetivos

Dar a conocer los principales eventos adversos en cuanto a la administración de medicación que acontecen a causa de la intervención enfermera.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática mediante la consulta de artículos y publicaciones en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet y Google Scholar, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la exposición, revisión de este estudio se incidirá en lo más primordial y significativo de todas las responsabilidades que sume la profesión enfermera.

Concerniente al puesto que el profesional ocupe, es sabido que tendrá más responsabilidad o menos, aunque no por ello los errores dejan de suceder.

En el ámbito hospitalario sucederá con más frecuencia que en una consulta, ya que la administración de medicamentos será la función principal del profesional de enfermería. Estos eventos adversos según las consecuencias que ocasionen pueden ir desde la no administración que sería lo más leve por así decirlo, hasta lograr derivar en lesiones temporales o permanentes y en los sucesos más graves la muerte del paciente.

En el proceso de estudio para la creación de este capítulo, se vio en referencia a los porcentajes que se registraron, que la incidencia de estos errores y eventos

adversos era de un 19 % entre todos los registrados.

En un estudio del 1996 realizado por Bates, se halló que el 30 % de los pacientes hospitalizados en algún momento tuvieron y sufrieron consecuencias derivadas y asociadas a estos errores en la administración.

Los motivos de los errores o eventos adversos por los que se suele llegar a ese punto son:

- Equivocación en la prescripción: incorrecto medicamento, inadecuada dosis, vía incorrecta, o inclusive la no administración, equivocación en cuanto a la concentración y/o la velocidad de la administración.
- Equivocación en la hora de administración.
- Equivocación en el intervalo o en el tiempo.
- Administración de un medicamento que no está prescrito.
- Equivocación en la dosificación que esta sea superior o inferior a la ordenada.
- Formulación del medicamento o fármaco o manipulación indebida.
- Realizar con modo o vía de administración inapropiado.

5 Discusión-Conclusión

Hay que destacar de esta exposición que sería ideal llegar a instaurar y establecer medidas de detección y prevención de los errores y eventos adversos de medicación, ya que están presentes continuamente en la rutina de trabajo diaria de los profesionales de enfermería. Aunque la mayoría de estos eventos adversos, suelen ser leves y no inducen daños en el paciente enfermo, es importante minimizar su incidencia mediante la prevención y la supervisión. En cuanto a los errores más comunes, son los que hacen referencia a vía, dosis, hora, medicamento y enfermo incorrecto.

Los elementos que tienen más influencia para que se produzcan los errores están relacionados con la sobrecarga de trabajo, las interrupciones y/o distracciones y el número inadecuado del profesional de enfermería. Todas aquellas medidas de prevención que puedan ayudar a mejorar estos errores deberían ser implementadas en todo el sistema sanitario para mejorar la calidad asistencial y garantizar la seguridad del enfermo.

6 Bibliografía

1. Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. Med Clin (Barc), 2002.

2. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med*, 1995.
3. Berdot S, Sabatier B, Gillazeau F, Caruba T, Prognon P, Durieux P. Evaluation of drug administration errors in a teaching hospital. *BMC Health Services Research*, 2012 Francia.

Capítulo 22

CASO CLÍNICO URGENCIAS DE PEDIATRÍA: INTOXICACIÓN CON MONÓXIDO DE CARBONO

ASTRID BAUER FERNÁNDEZ

1 Introducción

El monóxido de carbono es un gas incoloro, inodoro e insípido producido por la combustión incompleta de hidrocarburos como el carbón y el gas propano. Se trata del agente que mayor número de muertes por intoxicación produce, es conocido como el “asesino silente”, ya que la víctima no se da cuenta de si está inhalando grandes cantidades del gas.

Entre la población pediátrica está presente en el 1’5-2% de las intoxicaciones. La intoxicación por monóxido de carbono sucede cuando este se acumula en el torrente sanguíneo. Si hay demasiada concentración de este gas en el aire, se une a la hemoglobina de forma competitiva y reversible, formando la carboxihemoglobina evitando que el oxígeno llegue a los tejidos, pudiendo causar daños graves e incluso la muerte.

Entre los signos y síntomas más frecuentes en caso de intoxicación aguda se encuentran: dolor de cabeza, vértigo, debilidad muscular, mareo, náuseas, vómitos, somnolencia, sensación de disnea, visión borrosa, letargia, confusión, desorientación, visión borrosa, dolor torácico, dolor abdominal, midriasis y/o pérdida de conocimiento. Los síntomas más graves serían: coma, insuficiencia cardíaca, dificultad para respirar, convulsiones, hidrocefalia y/o muerte.

La exposición a altas concentraciones de monóxido de carbono es especialmente peligrosa para los fetos, los niños y las personas mayores. Los síntomas y las complicaciones dependerán del grado y del tiempo de exposición.

El tratamiento inicial, tras alejarse de la fuente del gas, consiste en la administración de oxígeno hasta la resolución de los síntomas y la normalización de los niveles de la carboxihemoglobina. (1,2)

2 Objetivos

Describir el caso clínico de una niña que es traída al servicio de urgencias pediátricas por sufrir una intoxicación con monóxido de carbono en su domicilio.

3 Caso clínico

Paciente de 7 años que es traída en ambulancia al servicio de urgencias pediátricas tras sufrir una intoxicación con monóxido de carbono en su domicilio mientras dormía. Viene acompañada por su madre, quien nos explica que después de cenar se encontraban en casa la niña, la abuela y ella, y comenzaron a encontrarse mal achacándolo a que acababan de pasar una gastroenteritis. Se fueron a dormir a las 23:30h y, media hora después, la abuela se levantó al baño y se desmayó en el pasillo. Entonces la madre llamó al 061, quienes acudieron y trasladaron al hospital a las afectadas.

La paciente se encuentra consciente, orientada y colaboradora, refiere dolor de cabeza de 3/10 en la escala EVA y sensación de mareo con náuseas. Viene con una mascarilla con reservorio conectada a fuente de oxígeno. Al llegar, se monitorizan las constantes vitales. Saturación de oxígeno al 100%, frecuencia cardíaca de 103 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, tensión arterial: 105/60mmHg y temperatura axilar de 36'7°C. Tras comprobar que se encuentra estable, se canaliza una vía venosa en el brazo izquierdo y se extrae muestra sanguínea para conocer el estado de los gases venosos. Se decide su ingreso en observación para vigilar su evolución.

Se realiza una valoración por necesidades:

1. Respiración y circulación: precisa oxigenoterapia mediante mascarilla con reservorio. Eupneica. Tensión arterial y frecuencia cardíaca en rango normal.
2. Alimentación/hidratación: en su casa toma una dieta basal, no le gusta el pescado. Sin alergias ni intolerancias alimentarias conocidas. Refiere sentir náuseas, no vómitos.
3. Eliminación: continente. Deposiciones blandas diarias.
4. Movilización: sin alteraciones.

5. Reposo/sueño: sin problemas para conciliar y mantener el sueño.
6. Vestirse/desvestirse: independiente para esta necesidad.
7. Termorregulación: sin alteraciones.
8. Higiene/piel: buena higiene corporal, piel y mucosas hidratadas. Sin lesiones. Porta vía venosa periférica.
9. Seguridad: precisa cuidados de prevención de caídas e infección.
10. Comunicación: sin problemas de comunicación. Consciente, orientada y colaboradora.
11. Creencias y valores: no se recogen datos relevantes.
12. Trabajar/realizarse: cursa 2º de primaria. Vive con su madre, su padre y dos hermanos.
13. Ocio: va a clases de hípica y guitarra.
14. Aprender: consultan varias dudas con el equipo de pediatría sobre el proceso actual.

Durante su estancia en observación se encuentran los siguientes diagnósticos de enfermería: riesgo de infección, patrón respiratorio ineficaz, deterioro de la integridad cutánea, dolor agudo, náuseas, riesgo de caídas, riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz y riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz.

Por tanto, las intervenciones irán enfocadas a la protección contra infecciones, la vigilancia de la piel, la monitorización de los signos vitales, el manejo del dolor, la seguridad de la paciente, el manejo de las náuseas y la administración de medicación.

4 Discusión-Conclusión

Se trata de un caso agudo que se ha podido tratar a tiempo por lo que no se prevén futuras complicaciones.

El equipo de enfermería tiene un papel fundamental, tanto a la hora de recibir a la paciente a su llegada al servicio de urgencias, realizar su valoración y proporcionar los cuidados urgentes que precise en ese momento; como durante el período de tiempo en el que la niña permanece en observación (hospitalización

de corta estancia), llevando a cabo las tareas de seguimiento y reevaluación continua de su estado, asegurando una correcta evolución y acortando así el tiempo de ingreso.

5 Bibliografía

1. Bolaños-Morera P, Chacón-Araya C. Intoxicación por monóxido de carbono. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2017 [citado 11 May 2023]; 34(1): 137-146. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100137&lng=en
2. Mintegi S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Manual de Intoxicaciones de Pediatría. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2012.

Capítulo 23

CASO CLÍNICO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: HIPERTERMIA MALIGNA

ASTRID BAUER FERNÁNDEZ

1 Introducción

La hipertermia maligna consiste en un trastorno muscular de carácter hereditario autosómico dominante que se manifiesta como un estado hipermetabólico producido en aquellas situaciones en las que a individuos susceptibles se les administran ciertos fármacos anestésicos y/o relajantes musculares desencadenantes.

Cuando se inicia la crisis de hipertermia maligna se produce una respuesta bioquímica consistente en la liberación masiva de calcio en el retículo sarcoplasmático que da lugar a una alteración en la regulación del calcio dentro de la fibra del músculo esquelético. Las personas portadoras de este defecto pueden desconocer el riesgo a no ser que ellos o algún familiar desarrollen una crisis, aunque también se sabe que no todas las personas portadoras desarrollan una crisis tras cada exposición a un fármaco desencadenante.

Los fármacos desencadenantes reconocidos son los anestésicos volátiles halogenados: halotano, enflurano, isoflurano, desflurano y sevoflurano. Así como el relajante muscular despolarizante: succinilcolina.

Los signos de una crisis están causados por el gran aumento de la tasa metabólica

que se produce al aumentar los niveles de calcio intracelular. Los más frecuentes son: taquicardia, rigidez muscular y fiebre que puede superar los 41°C.

Aumentan los niveles de potasio en sangre, así como el riesgo de arritmias cardíacas. En caso de no ser tratados, estos pacientes pueden llegar a sufrir un paro cardíaco, fallo renal y/o hepático, hemorragia interna, daño cerebral o coagulación intravascular diseminada, pudiendo llegar a la muerte debido a un colapso cardiovascular.

A día de hoy no existe ninguna prueba diagnóstica simple que se pueda utilizar como cribado para la detección del riesgo de la población general. Por tanto, la mejor opción para prevenir una crisis de hipertermia maligna es la detección precoz de la susceptibilidad de los pacientes que se van a someter a anestesia general. En caso de tener historia familiar o sospecha de la enfermedad se deberá informar al servicio de anestesia, quien lo tendrá en cuenta, utilizará fármacos no desencadenantes durante el acto quirúrgico y dispondrá de las dosis adecuadas de dantroleno sódico intravenoso.

Dentro de quirófano, el indicador más sensible de aumento del riesgo de sufrir una crisis es la duplicación de los valores de dióxido de carbono espirado.

El dantroleno sódico es un relajante muscular que se acopla al canal de calcio del retículo sarcoplasmático disminuyendo así su liberación. Se trata del medicamento específico para tratar las crisis de hipertermia maligna, por lo que debe estar disponible en todos los centros en los que se administra anestesia general.
(1)

2 Objetivos

Describir el caso clínico de una niña que es ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pediátricos por hipertermia maligna.

3 Caso clínico

Paula es una niña de 11 años y 52 kg que ingresa en la UCI pediátrica por una crisis de hipertermia maligna que tiene lugar durante la intervención de timpanoplastia izquierda a la que se estaba sometiendo.

Como antecedentes médicos de interés sus padres refieren que es asmática, a

tratamiento con Simbicort. Tiene alergia a los ácaros y las gramíneas. Se encuentra en seguimiento en consultas externas de otorrinolaringología desde 2018 por otitis con otorrea de repetición. Intervenciones quirúrgicas previas: adenoidectomía en enero de 2020.

Llega de quirófano estable, intubada (con tubo orotraqueal del número 6 con balón, fijado a 21cm en comisura labial), se conecta a ventilación mecánica en modalidad volumen control con los siguientes parámetros: volumen total 6,2ml/kg, frecuencia respiratoria 15rpm, PEEP 6 y FiO2 30%. Se realiza analítica venosa y gasometría arterial en la que se observa que presenta acidosis mixta, hiperpotasemia (6,6 mEq) y glucemia de 29mg/dl. Se administran 50ml de suero glucosado al 10% y se consigue un aumento de la glucemia a 120mg/dl. Se inicia pauta de mantenimiento con Dantroleno (a 1mg/kg/4h) y queda con perfusiones continuas de Fentanilo (1mcg/kg/h) y de Midazolam (a 0,1mg/kg/h). Se encuentra a dieta absoluta con sueroterapia con Plasmalyte + suero glucosado al 5% a necesidades basales. Se inicia antibioterapia con Cefotaxima en pauta.

Dispositivos que porta: tubo orotraqueal que se retira 1cm tras realizar radiografía de control, sensor de temperatura esofágica, sonda nasogástrica del número 14 abierta a bolsa (con 100 ml de restos gástricos claros), sistema de manejo de normotermia ArticSun, arteria radial derecha canalizada, vena yugular derecha canalizada, sonda vesical y 2 vías venosas periféricas del número 22 (en mano y flexura izquierdas).

Se monitorizan constantes vitales: tensión arterial (130/72mmHg), frecuencia cardíaca (86lpm), frecuencia respiratoria (15rpm), temperatura esofágica (35,5°C), temperatura axilar (35,6°C), saturación de O2 (100%), saturación de O2 cerebral (67%), CO2 espirado, presión venosa central (10cmH2O) e índice biespectral (BIS: 59).

Se realiza una valoración según necesidades:

1. Respiración y circulación: conectada a ventilación mecánica invasiva con una fiO2 del 30%. Eupneica. Precisa aspiración de secreciones de manera frecuente. Tensión arterial y frecuencia cardíaca en rango normal.
2. Alimentación/hidratación: en su casa toma una dieta basal. En este momento se encuentra en dieta absoluta. Sin alergias ni intolerancias alimentarias conocidas. No náuseas ni vómitos. Peso: 52kg. Talla: 156cm. IMC: 21,36.
3. Eliminación: continente, porta sonda vesical.

4. Movilización: reposo absoluto.
5. Reposo/sueño: sin problemas para conciliar el sueño.
6. Vestirse/desvestirse: dependiente para esta necesidad.
7. Termorregulación: tendencia a temperatura corporal alta, precisa sistema de manejo de normotermia ArticSun.
8. Higiene/piel: baño cada 24 horas. Piel y mucosas hidratadas. Se realiza higiene bucal.
9. Seguridad: bajo nivel de conciencia. Precisa cuidados de prevención de caídas, aspiraciones e infecciones.
10. Comunicación: sin problemas de comunicación en domicilio, actualmente sedada.
11. Creencias y valores: no se recogen datos relevantes.
12. Trabajar/realizarse: cursa 6º de primaria en un colegio privado. Vive con su madre, su padre y una hermana.
13. Ocio: va a clases de pintura y baile moderno.
14. Aprender: sus padres demandan información sobre el proceso actual.

Durante la estancia de la paciente en la UCI pediátrica se elabora un Plan de Cuidados de Enfermería. Los diagnósticos NANDA encontrados son: riesgo de infección, termorregulación ineficaz, riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos, deterioro de la ventilación espontánea, riesgo de aspiración, riesgo de síndrome de desuso, deterioro de la integridad tisular, deterioro de la comunicación verbal, déficit de autocuidado en el baño, déficit de autocuidado en el vestido, déficit de autocuidado en el uso del inodoro, riesgo de caídas, riesgo de desequilibrio electrolítico, riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, riesgo de sequedad ocular, riesgo de úlcera por presión, riesgo de sequedad bucal y riesgo de tensión arterial inestable.

Las intervenciones irán enfocadas hacia el objetivo común de proporcionar una atención integral a la paciente. Se realizarán los cuidados comunes del paciente encamado, se realizarán cambios de posición cada 3-4 horas, se mantendrán los ojos cerrados y se aplicarán gotas de suero para evitar la sequedad ocular, se realizará aseo diario, se realizarán enjuagues bucales, se llevarán a cabo cuidados

de la sonda vesical y el catéter venoso central, el manejo de la hipoglucemia y de la sedación, la correcta administración de medicación intravenosa, se mantendrán monitorizadas las constantes vitales, se realizará un seguimiento de la función neurológica, se realizará aspiración de secreciones cuando lo precise, se llevarán a cabo los cuidados necesarios para la prevención de úlceras por presión, se monitorizará la entrada y la salida de líquidos y se prevendrán caídas y posibles infecciones. También se facilitará la presencia de la familia y se les ofrecerá apoyo emocional.

4 Discusión-Conclusión

Se trata de un caso complicado, debido, en parte, a la baja incidencia que presenta este trastorno.

Se considera una actividad importante la realización de simulacros en las unidades de cuidados intensivos pediátricos, ya que pueden servir de mucha ayuda a la hora de saber cómo actuar en situaciones como la que se describe en el caso clínico.

Es importante resaltar el papel fundamental que juega el equipo de enfermería, tanto en la recepción de la paciente a su llegada de quirófano, como durante los días siguientes, en los que precisará de una evaluación de carácter continuado, además de los correspondientes cuidados específicos.

5 Bibliografía

1. Jaime Escobar D. Hipertermia maligna. Rev. méd. Clín. Las Condes 2011; 22(3):310-315

Capítulo 24

CASO CLÍNICO URGENCIAS DE PEDIATRÍA: DEBUT DIABÉTICO

ASTRID BAUER FERNÁNDEZ

1 Introducción

La diabetes tipo I, también conocida como insulino dependiente, es una enfermedad crónica de origen autoinmune que suele ser diagnosticada durante la infancia o la adolescencia aunque puede surgir a cualquier edad. Se trata de la enfermedad endocrinológica crónica más frecuente en la población pediátrica.

Este tipo de diabetes es causada por la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas, las cuales dejan de segregar la insulina necesaria para movilizar la glucosa de la sangre a las células del cuerpo, dando lugar a un estado de hiperglucemia. La diabetes tipo I tiene múltiples predisposiciones genéticas y también guarda relación con factores ambientales. Los pacientes que desarrollan esta enfermedad son propensos a sufrir otros trastornos autoinmunes, como la celiaquía, la tiroiditis de Hashimoto o la enfermedad de Addison.

Los síntomas más frecuentes de la diabetes tipo I son: polidipsia, plifagia, cansancio, visión borrosa, poliuria y pérdida de peso.

En la población pediátrica, la primera manifestación de la enfermedad suele ser la cetoacidosis, una complicación muy grave que puede cursar con: disminución del estado de conciencia, respiración acelerada y profunda, sequedad en boca y piel, enrojecimiento facial, cefalea, dolor muscular, vómitos o dolor de estómago. Si esta condición no es tratada a tiempo los pacientes pueden sufrir un edema cerebral, un paro cardíaco o una insuficiencia renal.

Para los pacientes que presentan diabetes tipo I es muy importante la monitorización y el seguimiento del nivel de glucosa en sangre, ya que servirá de ayuda

para ajustar el tratamiento y evitar el riesgo de hipoglucemias y cetoacidosis. A partir del momento del diagnóstico, los niños y sus familiares deben recibir educación sanitaria sobre nutrición, ejercicio físico, prevención de riesgos, control de la glucemia y administración de insulina. (1,2)

2 Objetivos

Describir el caso clínico de una niña de 8 años que es traída al servicio de urgencias pediátricas por debut diabético.

3 Caso clínico

Paciente de 8 años que es derivada al servicio de Urgencias por su pediatra de Atención Primaria por presentar polidipsia y glucemia capilar elevada.

Viene acompañada por su madre, quien refiere que la niña lleva unos días bebiendo mucha más agua de lo normal, por lo que se habían preocupado y habían pedido cita en su centro de salud.

La paciente se encuentra consciente, orientada y colaboradora; presenta la piel y las mucosas hidratadas y palidez cutánea. Al llegar se le comprueban las constantes vitales:

Tensión arterial: 100/55 mmHg.

Frecuencia cardíaca: 97 lpm.

Frecuencia respiratoria: 20 rpm.

Saturación de oxígeno: 100%.

Temperatura: 36,4°C.

Nivel de conciencia: 15 en la escala Glasgow.

La niña refiere haber merendado hace una hora un croissant y un zumo de melocotón. Le realizamos una medición de la glucemia capilar y se obtiene un resultado muy elevado (>500mg/dl). También medimos los cuerpos cetónicos: 2,5 mmol/L y una tira reactiva de orina. Tras ser valorada por la pediatra se realiza la canalización de una vía venosa periférica en el miembro superior izquierdo y la extracción de sangre venosa para gasometría y analítica. Durante el proceso de atención tanto la madre como la niña se muestran colaboradoras pero confusas por la situación. Se decide su ingreso en la planta de hospitalización de pediatría. Se realiza una valoración según necesidades:

1. Respiración y circulación: eupneica, no precisa oxigenoterapia. Tensión arterial y frecuencia cardíaca adecuadas para su edad.

2. Alimentación/hidratación: aumento de la ingesta habitual de agua, siente hambre a menudo.
3. Eliminación: poliuria. Deposiciones blandas diarias.
4. Movilización: sin alteraciones.
5. Reposo/sueño: sin dificultad para conciliar el sueño. Refiere descansar bien.
6. Vestirse/desvestirse: independiente para esta necesidad.
7. Termorregulación: sin alteraciones.
8. Higiene/piel: buena higiene corporal, piel hidratada, sin lesiones. Porta vée venosa periférica.
9. Seguridad: orientada y colaboradora, acompañada por su madre.
10. Comunicación: sin problemas para comunicarse.
11. Creencias y valores: no se recogen datos relevantes para esta necesidad.
12. Trabajar/realizarse: cursa 3° de primaria, refiere que le gusta ir al colegio.
13. Ocio: va a clases de piano y juega en un equipo de baloncesto.
14. Aprendizaje: tanto la niña como su madre demandan información sobre el proceso actual.

De cara a su ingreso en la planta de hospitalización, se elabora un plan de cuidados de enfermería donde se incluyen los siguientes diagnósticos: riesgo de infección, deterioro de la eliminación urinaria, deterioro de la integridad cutánea, conocimientos deficientes, disposición para mejorar los conocimientos y educación para la salud. Para ello, las intervenciones del equipo de enfermería irán enfocadas a: la protección contra las infecciones, el manejo de líquidos, la vigilancia de la piel, el manejo de la hiper/hipoglucemia, facilitar la autorresponsabilidad y el aprendizaje, el apoyo en la toma de decisiones, la enseñanza, el manejo y la administración de medicación, el manejo de la nutrición y la escucha activa.

4 Discusión-Conclusión

En este caso, se puede observar el importante papel que juega el equipo de enfermería frente a un proceso de debut diabético pediátrico, proporcionando y gestionando los cuidados y la educación sanitaria que tanto la paciente como la familia precisen para, de tal manera, facilitar un adecuado control de la enfermedad, garantizar la correcta administración del tratamiento pautado y prevenir posibles complicaciones a corto, medio y/o largo plazo. Además, una vez dada de alta, la paciente requerirá de un seguimiento que será llevado a cabo por parte del equipo de endocrinología y, en determinadas ocasiones, el equipo de nutrición y dietética.

5 Bibliografía

1. Rodríguez Yera M, García Sáez J, Fernández Martínez E, Nieto Jiménez A. Debut y epidemiología de la diabetes tipo 1 en pacientes pediátricos. Acta Médica del Centro [Internet]. 2023 [citado 2 May 2023]; 17 (1). Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1652>
2. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care [Internet]. 2014 [citado 11 May 2023];37(1):81-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24357215/>

Capítulo 25

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA: PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS

MELANIA GONZALEZ GUERRA

EVELYN MORENO MONZÓN

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

STEPHANIE LIARTE

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

1 Introducción

La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo para crear una vía de acceso directa a la tráquea a través del cuello, permitiendo mantener permeable la vía aérea en pacientes que requieren soporte respiratorio. Esta técnica es comúnmente utilizada en pacientes con obstrucciones respiratorias, durante cirugías prolongadas o para aquellos que necesitan ventilación mecánica por un período prolongado.

Aunque la traqueostomía puede ser un procedimiento que salva vidas y mejora la calidad de vida de los pacientes que la necesitan, también puede ser un procedimiento complejo que requiere cuidados intensivos. Los pacientes que se someten

a una traqueostomía necesitan cuidados específicos de enfermería para prevenir complicaciones y promover una recuperación adecuada.

Los cuidados de enfermería en pacientes con traqueostomía incluyen el mantenimiento de la vía aérea, el control de las secreciones y la limpieza de la cánula, el monitoreo de la saturación de oxígeno, la prevención de infecciones, la movilización y cuidados posturales, así como la alimentación e hidratación adecuadas. Estos cuidados son esenciales para prevenir complicaciones respiratorias, reducir el riesgo de infecciones y promover una recuperación rápida y efectiva.

Es importante tener en cuenta que los cuidados de enfermería en pacientes con traqueostomía deben ser adaptados a las necesidades individuales de cada paciente.

2 Objetivos

Proporcionar información sobre los cuidados de enfermería en pacientes con traqueostomía, destacando su importancia para prevenir complicaciones y promover una recuperación adecuada.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con traqueostomía; utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

El cuidado de enfermería en pacientes con traqueostomía es crucial para prevenir complicaciones y promover una recuperación adecuada. Uno de los principales cuidados es la limpieza de la cánula para prevenir la acumulación de secreciones y la obstrucción de la vía aérea. Para realizar una limpieza adecuada, es importante que el profesional de enfermería tenga un conocimiento amplio de la anatomía de la tráquea y la técnica correcta de limpieza.

Otro aspecto importante en el cuidado de enfermería en pacientes con traqueostomía es la prevención de infecciones. La cánula es un lugar propicio para la colonización bacteriana y la infección, por lo que es importante que el profesional de enfermería adopte medidas de higiene y asepsia, como el lavado de manos y la esterilización de los equipos utilizados en la atención del paciente.

El monitoreo de la saturación de oxígeno también es esencial en el cuidado de enfermería en pacientes con traqueostomía. La saturación de oxígeno debe ser monitoreada de manera continua para detectar rápidamente cualquier disminución en los niveles de oxígeno en la sangre, lo que puede ser indicativo de una obstrucción de la vía aérea o una mala ventilación.

Además, la movilización y los cuidados posturales son importantes en la atención de pacientes con traqueostomía, ya que pueden prevenir la acumulación de secreciones y la obstrucción de la vía aérea. Es importante que el paciente sea movilizado de manera adecuada y que se realicen cambios de posición frecuentes para evitar la acumulación de secreciones y la obstrucción de la vía aérea.

Por último, la alimentación e hidratación adecuadas son esenciales para el cuidado de enfermería en pacientes con traqueostomía. Es importante asegurar que el paciente reciba una nutrición adecuada y suficiente hidratación para mantener una buena salud y prevenir complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado de enfermería en pacientes con traqueostomía es esencial para prevenir complicaciones y promover una recuperación adecuada. El conocimiento de la anatomía de la tráquea y la técnica correcta de limpieza son importantes para prevenir la acumulación de secreciones y la obstrucción de la vía aérea.

La prevención de infecciones es crucial en el cuidado de enfermería en pacientes con traqueostomía. Los profesionales de enfermería deben adoptar medidas de higiene y asepsia para evitar la colonización bacteriana y la infección de la cánula.

El monitoreo continuo de la saturación de oxígeno es importante para detectar rápidamente cualquier disminución en los niveles de oxígeno en la sangre, lo que puede ser indicativo de una obstrucción de la vía aérea o una mala ventilación.

Los cuidados posturales y la movilización adecuada también son esenciales en el

cuidado de enfermería en pacientes con traqueostomía para prevenir la acumulación de secreciones y la obstrucción de la vía aérea.

6 Bibliografía

Arana-Rueda E, Romero-García AI, Heredia-Madrazo A, Rodríguez-Gázquez M. Atención de enfermería en pacientes con traqueostomía: revisión sistemática. *Enferm glob.* 2020;19(59):332-361. doi:10.6018/eglobal.40490

Díaz Palacios MA, Moya Moreno MM, Guerrero Expósito FJ. Cuidados de enfermería al paciente traqueostomizado. *Rev Cient Cienc Méd.* 2015;18(2):21-25.

Capítulo 26

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

EVELYN MORENO MONZÓN

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

MELANIA GONZALEZ GUERRA

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

STEPHANIE LIARTE

1 Introducción

La corea de Huntington, también conocida como enfermedad de Huntington, es una afección genética y neurodegenerativa que afecta al sistema nervioso central y causa movimientos involuntarios, deterioro cognitivo y cambios emocionales. Se trata de una patología hereditaria que se transmite de padres a hijos a través de un gen defectuoso. La enfermedad afecta por igual a hombres y mujeres y suele manifestarse entre los 30 y 50 años, aunque también puede aparecer en la infancia o en la edad adulta avanzada.

La causa de la enfermedad de Huntington se encuentra en una mutación del gen HTT, que produce una proteína anómala denominada huntingtina. Esta proteína se acumula en las células del cerebro, especialmente en el núcleo caudado y en el

putamen, y provoca la muerte de las células nerviosas. Como resultado, las personas afectadas experimentan una pérdida gradual de sus habilidades motoras, cognitivas y emocionales.

A día de hoy, no existe una cura para la enfermedad de Huntington, por lo que el tratamiento se enfoca en aliviar los síntomas y proporcionar apoyo emocional al paciente y su familia. Los pacientes que padecen esta enfermedad necesitan cuidados especiales de enfermería para mantener su calidad de vida y prevenir posibles complicaciones. Por este motivo, los enfermeros desempeñan un papel fundamental en el cuidado de estos pacientes y deben estar debidamente formados y actualizados en el manejo de la enfermedad para ofrecer una atención de calidad a los pacientes y sus familias.

2 Objetivos

Proporcionar información detallada sobre los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad de Huntington.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad de Huntington, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad de Huntington son fundamentales para mejorar su calidad de vida y prevenir complicaciones. Para ello, es importante que los enfermeros realicen una evaluación exhaustiva del paciente y hagan un seguimiento periódico de su estado de salud. Además, deben estar capacitados para el manejo de los síntomas de la enfermedad, como la corea, la disfagia y la depresión, entre otros.

El manejo de la corea, que es uno de los síntomas más característicos de la enfermedad de Huntington, requiere de una atención especial por parte de los enfermeros. Para ello, se recomienda la realización de terapia física y ocupacional, así

como la prescripción de medicamentos para reducir los movimientos involuntarios.

La disfagia, que es la dificultad para tragar, es otra complicación frecuente en pacientes con enfermedad de Huntington. Los enfermeros deben estar preparados para ofrecer una dieta adaptada a las necesidades del paciente y enseñarle técnicas para facilitar la deglución, a fin de prevenir la neumonía aspirativa.

Por otro lado, la depresión y otros cambios emocionales son comunes en pacientes con enfermedad de Huntington debido al impacto que la enfermedad tiene en su calidad de vida. Los enfermeros deben estar capacitados para identificar estos cambios emocionales y ofrecer apoyo psicológico al paciente y su familia.

En cuanto a la prevención de complicaciones, los enfermeros deben estar alerta a las posibles infecciones, como las infecciones respiratorias, y tomar medidas preventivas para reducir el riesgo de complicaciones. Asimismo, deben enseñar al paciente y su familia medidas de autocuidado y prevención de caídas.

Los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad de Huntington son multidisciplinarios y abarcan desde la evaluación del paciente hasta el manejo de los síntomas y la prevención de complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la enfermedad de Huntington es una patología neurodegenerativa que afecta al sistema nervioso central y que provoca movimientos involuntarios, deterioro cognitivo y cambios emocionales. Aunque no existe una cura para esta enfermedad, los cuidados de enfermería son esenciales para mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir posibles complicaciones.

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en el cuidado de los pacientes con enfermedad de Huntington, y deben estar capacitados para evaluar al paciente, manejar los síntomas de la enfermedad y prevenir complicaciones. Además, deben brindar apoyo emocional tanto al paciente como a su familia, ya que la enfermedad también afecta significativamente a su entorno.

6 Bibliografía

Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad de Huntington. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015).

Enfermedad de Huntington. Sociedad Española de Neurología. Recuperado de <https://www.sen.es/especialidades-medicas/neurologia/enfermedades-nerviosas-y-musculares/enfermedad-de-huntington/> (2021).

Capítulo 27

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL

EVELYN MORENO MONZÓN

MELANIA GONZALEZ GUERRA

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

STEPHANIE LIARTE

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

1 Introducción

La parálisis cerebral es una afección neurológica que provoca limitaciones en el movimiento y la coordinación muscular, así como otras funciones corporales. Esta condición surge debido a una lesión en el cerebro que puede ocurrir antes, durante o poco después del nacimiento. La parálisis cerebral es una causa común de discapacidad en la infancia y puede afectar significativamente la calidad de vida del paciente y su familia.

Si bien no existe una cura para la parálisis cerebral, los tratamientos y cuidados adecuados pueden mejorar la calidad de vida del paciente. En este contexto, los cuidados de enfermería son esenciales en el manejo y atención de los pacientes con parálisis cerebral, ya que estos pacientes requieren una atención especializada y constante para prevenir complicaciones y mejorar su bienestar.

Las personas con parálisis cerebral pueden presentar una amplia variedad de síntomas y limitaciones funcionales, como dificultades para hablar, moverse, comunicarse, comer y realizar actividades cotidianas. Por lo tanto, los enfermeros que brindan atención a estos pacientes deben estar capacitados y preparados para proporcionar cuidados de enfermería personalizados y especializados para satisfacer sus necesidades únicas.

En este trabajo se analizará la importancia de los cuidados de enfermería en pacientes con parálisis cerebral, así como las estrategias y técnicas utilizadas para brindar una atención efectiva y de calidad.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta en relación con los cuidados de enfermería al paciente con parálisis cerebral.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con parálisis cerebral, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería son esenciales para el manejo efectivo de los pacientes con parálisis cerebral. Estos pacientes requieren atención especializada y constante para prevenir complicaciones y mejorar su calidad de vida. Los cuidados de enfermería se centran en las necesidades únicas de cada paciente y en la prevención y tratamiento de las complicaciones médicas que pueden surgir.

En primer lugar, los enfermeros deben estar alerta a la aparición de complicaciones médicas comunes en pacientes con parálisis cerebral, como úlceras por presión, problemas respiratorios e infecciones. La prevención y el tratamiento oportuno de estas complicaciones pueden reducir significativamente el impacto negativo en la salud del paciente.

Además, los enfermeros deben proporcionar asistencia en las actividades cotidianas, como bañarse, vestirse y comer, para mejorar la independencia y la calidad de vida del paciente. También deben brindar apoyo emocional, ya que los pacientes con parálisis cerebral pueden enfrentar desafíos emocionales y psicológicos debido a su discapacidad.

Otro aspecto importante de los cuidados de enfermería es la comunicación efectiva con los pacientes. Muchos pacientes con parálisis cerebral tienen dificultades para comunicarse verbalmente, por lo que los enfermeros deben estar capacitados para comprender y utilizar diferentes métodos de comunicación alternativos.

Por último, es importante destacar la importancia de una atención integral y personalizada. Los enfermeros deben trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, como fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, para desarrollar un plan de atención individualizado para cada paciente.

Los cuidados de enfermería en pacientes con parálisis cerebral se centran en la prevención y tratamiento de complicaciones médicas, la asistencia en las actividades cotidianas, la comunicación efectiva y el apoyo emocional. Una atención integral y personalizada es esencial para mejorar la calidad de vida del paciente y garantizar un manejo efectivo de su condición. Los enfermeros deben estar capacitados y preparados para brindar atención especializada y personalizada a estos pacientes y trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud para lograr los mejores resultados posibles.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, podemos resumir que la atención de enfermería es un componente vital del cuidado de los pacientes con parálisis cerebral. Los enfermeros desempeñan un papel importante en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes y deben estar capacitados para brindar una atención especializada y personalizada para satisfacer sus necesidades únicas.

Es esencial que los enfermeros estén capacitados y preparados para brindar cuidados de enfermería personalizados y efectivos a los pacientes con parálisis cerebral. Esto implica la prevención y el tratamiento oportuno de complicaciones médicas, la asistencia en actividades cotidianas, la comunicación efectiva y el apoyo emocional.

6 Bibliografía

García-Perdomo, H. A. (2018). Parálisis cerebral infantil: actualización en diagnóstico y tratamiento. *Revista chilena de pediatría*, 89(2), 220-227. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200220&lng=es&tlng=es

Pardo, A. (2020). Cuidados de enfermería en pacientes con parálisis cerebral. Fundación MAPFRE. Recuperado de https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/salud-y-prevencion/salud-infantil/paralisis-cerebral/enfermeria/

Capítulo 28

LA ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DISCAPACIDADES: HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS CLAVE

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

MELANIA GONZALEZ GUERRA

EVELYN MORENO MONZÓN

STEPHANIE LIARTE

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

1 Introducción

La atención a pacientes con discapacidades es un tema de gran importancia en el campo de la enfermería, debido a que estos pacientes requieren una atención especializada y personalizada que satisfaga sus necesidades específicas. La discapacidad abarca una amplia variedad de condiciones de salud, que pueden afectar la capacidad de una persona para realizar actividades diarias. Por lo tanto, los enfermeros deben poseer habilidades y conocimientos especializados para poder brindar una atención eficaz y de calidad a estos pacientes.

Los enfermeros son profesionales de la salud que tienen un papel fundamental en la atención y el cuidado de pacientes con discapacidades. Es necesario que

los enfermeros tengan un profundo entendimiento de las implicaciones médicas de las diferentes discapacidades, y sean capaces de adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente. La enfermería en la atención de pacientes con discapacidades es una tarea desafiante, que requiere de habilidades de comunicación efectiva, trabajo en equipo y adaptación constante a las necesidades del paciente.

La atención de pacientes con discapacidades es un área crítica de la enfermería, que requiere de habilidades y conocimientos especializados para proporcionar una atención personalizada y de calidad. Los enfermeros tienen un papel vital en la promoción y mantenimiento de la salud y el bienestar de estos pacientes, y es fundamental que estén capacitados y actualizados en las habilidades y conocimientos necesarios para brindar una atención efectiva y eficiente.

2 Objetivos

Describir la importancia de la enfermería en la atención de pacientes con discapacidades, así como destacar las habilidades y conocimientos necesarios para proporcionar una atención personalizada y de calidad.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre la atención de pacientes con discapacidades, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

El cuidado de pacientes con discapacidades es un desafío para los enfermeros, quienes deben tener habilidades y conocimientos especializados para brindar una atención personalizada y de calidad. Los pacientes con discapacidades pueden presentar una amplia gama de condiciones de salud que afectan su capacidad para realizar actividades diarias. Los enfermeros deben ser capaces de adaptarse a las necesidades de cada paciente, proporcionando una atención efectiva y eficiente.

Los pacientes con discapacidades pueden tener una amplia variedad de necesidades de atención, que pueden ser físicas, emocionales o sociales. Algunas de

las discapacidades más comunes incluyen discapacidades físicas, discapacidades intelectuales y discapacidades psicológicas. Los enfermeros deben estar capacitados para trabajar con pacientes que presenten estas discapacidades, y deben ser capaces de proporcionar atención de acuerdo con sus necesidades individuales.

Una de las habilidades más importantes que los enfermeros deben poseer en la atención de pacientes con discapacidades es la comunicación efectiva. Los enfermeros deben ser capaces de comunicarse con los pacientes y sus familias de manera clara y comprensible, adaptando su lenguaje y estilo de comunicación a las necesidades específicas de cada paciente. Además, los enfermeros deben trabajar en equipo con otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y eficaz.

Los enfermeros también deben tener un conocimiento profundo de las diferentes discapacidades y sus implicaciones médicas. Esto incluye la comprensión de las adaptaciones y modificaciones necesarias en el entorno físico y social del paciente para asegurar su comodidad y seguridad. Los enfermeros deben ser capaces de adaptarse a los diferentes niveles de discapacidad y proporcionar una atención personalizada que satisfaga las necesidades de cada paciente.

Los enfermeros deben ser capaces de comunicarse efectivamente con los pacientes, tener conocimientos sobre adaptaciones y modificaciones, trabajar en equipo con otros profesionales de la salud, tener conocimientos sobre las discapacidades específicas y ser capaces de resolver problemas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la atención de pacientes con discapacidades es una área crítica en la enfermería, que requiere habilidades y conocimientos especializados para proporcionar una atención personalizada y de calidad. Los enfermeros tienen un papel crucial en el cuidado de estos pacientes, y deben ser capaces de adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente y proporcionar una atención eficaz y eficiente.

Es fundamental que los enfermeros posean habilidades de comunicación efectiva y sean capaces de trabajar en equipo con otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral. También deben tener un conocimiento profundo de las diferentes discapacidades y sus implicaciones médicas, así como estar actualizados en las adaptaciones y modificaciones necesarias para el en-

torno físico y social de los pacientes.

6 Bibliografía

”Atención de enfermería en pacientes con discapacidad” por Elizabeth Hernández Gómez (2017). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=76289>

”Rol de la enfermería en la atención a personas con discapacidad” por Jorge Martínez Martínez (2018). Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/enfermeria/article/view/2722/2476>

Capítulo 29

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL SUEÑO NOCTURNO EN PADRES E HIJOS CON EPILEPSIA

VICTOR RICARDO MÉNDEZ SÁNCHEZ

JULIA HERRANZ HERNANDO

MIRIAM RUBIO MORAL

1 Introducción

La epilepsia es una enfermedad neurológica, crónica y grave, en la que los afectados sufren crisis epilépticas, que pueden ser muy variables en su etiología, manifestación y pronóstico. Las crisis epilépticas son definidas por la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) como la aparición transitoria de manifestaciones clínicas resultantes de una actividad eléctrica neuronal excesiva o sincrónica en el cerebro.

Además, la epilepsia es uno de los trastornos neurológicos más prevalentes en la edad pediátrica, afectando al 0.5-1% de los niños. Suele comenzar en la primera infancia y su incidencia va decreciendo paulatinamente durante la adolescencia y vida adulta.

El impacto de la epilepsia sobre la vida del niño y su familia no está únicamente determinado por la severidad de las crisis, sino también por la afectación que produce en funciones como el aprendizaje o la memoria, la salud mental, o por el apoyo social y familiar, aspectos que con mucha frecuencia no son valorados.

De hecho, existen evidencias de que los niños con epilepsia sufren mayores dificultades comportamentales, psicosociales y académicas que sus iguales sanos o afectados por otras condiciones crónicas.

Además, con frecuencia variable, la epilepsia se acompaña de muchas comorbilidades como; trastornos de espectro autista (TEA), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos psiquiátricos, alteraciones comportamentales, deterioro cognitivo o retraso en el neurodesarrollo.

Es por ello, que requiere de una gran carga de cuidados que en la mayoría de los casos recaen sobre los progenitores, existiendo un grave riesgo de que la calidad de vida y el funcionamiento normal del niño y del sistema familiar completo se vea afectada y disminuida considerablemente.

Uno de los aspectos cotidianos más estudiados en relación con la epilepsia es el sueño.

Multitud de autores han estudiado la estrecha relación entre la epilepsia y el sueño, la cual es directa y bidireccional, tal y como se ha introducido anteriormente. Existen multitud de evidencias de que el sueño y descanso se ven afectados en los pacientes con epilepsia.

Los niños y padres con epilepsia, refieren dificultades y trastornos de sueño con una frecuencia hasta 12 veces superior que sus iguales. Los niños con peor control de sus crisis, presentan peor calidad de sueño, mayor tiempo de latencia y mayor número de despertares en comparación con sus iguales con crisis controladas o libres de epilepsia, además de tiempo de sueño total y fase REM disminuido.

Paralelamente, la actividad epiléptica, incluso cuando no produce una crisis clínica, altera la arquitectura del sueño. De hecho, hay evidencia de que en niños que aún no han sufrido su primera crisis, la arquitectura del sueño está dañada por la actividad epiléptica.

2 Objetivos

Objetivo General:

- Explorar el impacto de la epilepsia pediátrica sobre la calidad de sueño de los padres afectados.

Objetivos Específicos:

- Describir las dificultades para conciliar y mantener el sueño sentidas por los padres de niños con epilepsia.
- Analizar los factores que dificultan y empeoran la calidad del descanso nocturno de los padres de niños con epilepsia.
- Explorar la percepción de los padres sobre el descanso de sus hijos con epilepsia.
- Examinar los posibles efectos de las alteraciones de sueño sobre el funcionamiento familiar, el manejo de la enfermedad y la calidad de vida de niños y padres.
- Identificar conductas de higiene de sueño en los padres y niños con epilepsia.

3 Metodología

Se pretende analizar el impacto de la epilepsia pediátrica sobre el sueño de pacientes y familiares implicados en el cuidado.

Para ello se realiza un diseño de investigación cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal para ser llevado a cabo en la Unidad de Epilepsia del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid, unidad de referencia a nivel nacional para el control y tratamiento de la epilepsia pediátrica.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se fija como tamaño muestral un número mínimo de 30 familias, que serán entrevistadas en el periodo máximo de un año. Para formar parte de la muestra, se seleccionan las familias de pacientes pediátricos con epilepsia, utilizando un muestreo por conveniencia y atendiendo a los siguientes criterios de inclusión:

- Diagnóstico instaurado de epilepsia en cualquiera de sus formas, cumpliendo los criterios establecidos en la clasificación CIE-11.
- Pacientes de edades comprendidas entre los 3 y los 14 años, ambas inclusive.
- Pacientes que han sufrido al menos una crisis nocturna a lo largo de su vida.

Por otro lado, se descartarán las familias atendiendo a estos criterios:

- Pacientes libres de crisis en los últimos seis meses.
- Pacientes con discapacidad física o intelectual grave.
- Falta de consentimiento.

4 Bibliografía

1. Gibbon FM, Maccormac E, Gringras P. Sleep and Epilepsy: Unfortunate Bedfellows. Arch Dis Child. 2019 Feb; 104(2): 189-192. Disponible en: <https://pubmed>.

ncbi.nlm.nih.gov/30266875/

2. Fisher RS, Cross JH, French JA, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017 Apr; 58(4): 522-530 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28276060/>
3. Durá Travé T, Yoldi Petri ME, Gallinas Victoriano F. Incidence of epilepsy in 0-15 year-olds. *An Pediatr (Barc)*. 2007 Jul;67(1):37-43. doi: 10.1157/13108084
4. Accardo JA, Malow BA. Sleep, epilepsy and autism. *Epilepsy Behav*. 2015 Jun;47:202-206. doi: 10.1016/j.yebeh.2014.09.081
5. Ekinici O, Okuyaz Ç, Gunes S et al. Sleep Problems in pediatric epilepsy and ADHD: The impact of comorbidity *Epilepsy Behav*. 2017 Jun;71(PtA):7-12. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.03.026.
6. Hansen BH, Alfstad KA, van Roy B, Henning O, Lossius MI. Sleep problems in children and adolescents with epilepsy : Associations with psychiatric comorbidity. *Epilepsy Behav*. 2016 Sep;62:14-19 doi: 10.1016/j.yebeh.2016.06.015
7. Soto Insuga V, Sans Capdevila OR. Parasomnias. *Epilepsia Nocturna y trastornos del movimiento*. *Pediatr Integral* .2018; 22(8): 412-421. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-12/parasomnias-epilepsia-nocturna-y-trastornos-del-movimiento/>
8. Kothare SV, Kaleyias J. Sleep and epilepsy in children and adolescents. *Sleep Med*. 2010 Aug;11(7): 674-685 doi: . doi: 10.1016/j.sleep.2010.01.012
9. Elkhayat HA, Hassanein SM, Tomoum HY, Abd-Elhamid IA, Asaad T, Elwakkad AS. Melatonin and sleep-related problems in children with intractable epilepsy. *Pediatr Neurol*. 2010 Apr; 42(4): 249-254. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2009.11.002.
10. Xu L, Guo D, Liu YY, Qiao DD, Ye JY, Xue R. Juvenile myoclonic epilepsy and sleep. *Epilepsy Behav*. 2018 Mar;80: 326-330. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.11.008.
11. Larson AM, Ryther RC, Jenneson M, Geffrey AL, Bruno PL; Anagnos CJ et al. Impact of pediatric epilepsy on sleep patterns and behaviours in children and parents. *Epilepsia*. 2012 Jul; 53(7): 1162-1169. doi: 10.1111/j.1528-1167.2012.03515.x.

Capítulo 30

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

MELANIA GONZALEZ GUERRA

EVELYN MORENO MONZÓN

STEPHANIE LIARTE

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

1 Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica que se ha expandido a nivel mundial de manera alarmante. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay más de mil millones de adultos con sobrepeso y al menos 300 millones de ellos sufren de obesidad. La obesidad es un factor de riesgo para una serie de complicaciones de salud, tales como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, apnea del sueño, entre otras. Además, la obesidad también puede tener un impacto negativo en la salud mental y la calidad de vida de una persona.

A lo largo del presente trabajo se aborda el tema de la prevención y tratamiento de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinar, donde se destaca la importancia del papel de los enfermeros. La obesidad es una enfermedad crónica

que afecta a un gran número de personas en todo el mundo, y su abordaje requiere la participación de diversos profesionales de la salud. En este sentido, los enfermeros desempeñan una función crucial al proporcionar intervenciones personalizadas que fomenten hábitos de vida saludables en los pacientes. En este trabajo se presentarán las principales intervenciones de enfermería para la prevención y tratamiento de la obesidad, así como su importancia en el abordaje integral de esta enfermedad.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es exponer las distintas intervenciones de enfermería en la prevención y tratamiento de la obesidad

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el protocolo de enfermería en la prevención y tratamiento de la obesidad, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

La prevención y tratamiento de la obesidad es un tema de gran importancia para la salud pública. La implementación de intervenciones de enfermería efectivas puede contribuir significativamente a la prevención y tratamiento de la obesidad. En este sentido, la educación y el asesoramiento en nutrición son fundamentales, ya que permiten a las personas tomar decisiones informadas sobre su alimentación y llevar un estilo de vida saludable.

Otra intervención importante es el fomento de la actividad física. Las enfermeras pueden fomentar la actividad física en sus pacientes a través de la recomendación de actividades adecuadas para cada persona y la promoción de estilos de vida más activos en general. También pueden ayudar en la identificación y manejo de barreras que impiden la actividad física, como la falta de tiempo o recursos.

Además, las enfermeras pueden apoyar a sus pacientes en el manejo del estrés y otros factores psicológicos que pueden influir en el desarrollo de la obesidad. La

identificación temprana de factores de riesgo y la promoción de cambios en el estilo de vida son clave en la prevención y tratamiento de la obesidad. El enfoque en la prevención temprana y la atención continua pueden tener un impacto significativo en la reducción de la prevalencia de la obesidad y sus complicaciones asociadas.

Los enfermeros también pueden proporcionar apoyo emocional y motivacional a los pacientes con obesidad. Esto puede incluir la identificación de factores de estrés que pueden contribuir al aumento de peso, y la enseñanza de técnicas de afrontamiento y relajación. Los enfermeros pueden ayudar a los pacientes a establecer metas realistas y a celebrar los logros a lo largo del camino. La obesidad es un problema de salud global que requiere una atención integral y un enfoque multidisciplinario.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización de este estudio, se concluye que la obesidad es una enfermedad crónica que afecta a una gran cantidad de personas a nivel mundial y que su prevención y tratamiento requieren un abordaje integral por parte de distintos profesionales de la salud. Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en este abordaje, al proporcionar intervenciones personalizadas y efectivas que promuevan cambios en el estilo de vida de los pacientes hacia hábitos más saludables. Es importante destacar que estas intervenciones deben ser adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente, teniendo en cuenta factores de riesgo y circunstancias específicas. En conclusión, los enfermeros tienen un rol crucial en la prevención y tratamiento de la obesidad, trabajando en conjunto con otros profesionales de la salud para brindar la mejor atención posible a los pacientes que padecen esta enfermedad.

6 Bibliografía

"Intervenciones enfermeras en obesidad infantil y juvenil" por José Luis Cuadrado-Gamarra y César Hueso-Montoro (2019) disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862118301669>

"Intervenciones de enfermería en la obesidad" por Ana María Pueyo-Garrigós y María del Carmen Navarro-Abal (2017) disponible en: <https://www.revistaseden.org/revista/index.php/SEDEN/article/view/374>

Capítulo 31

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

STEPHANIE LIARTE

MELANIA GONZALEZ GUERRA

EVELYN MORENO MONZÓN

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

1 Introducción

Las enfermedades hematológicas son patologías que afectan al sistema sanguíneo y sus componentes, como los glóbulos rojos, los glóbulos blancos, las plaquetas y los factores de coagulación. Dichas enfermedades pueden provocar importantes alteraciones en la salud del paciente e incluso poner en riesgo su vida. Entre las enfermedades hematológicas más frecuentes se encuentran la anemia, la leucemia, el linfoma y la enfermedad de Von Willebrand.

Los cuidados de enfermería son fundamentales en el tratamiento de los pacientes con enfermedades hematológicas. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la detección precoz de complicaciones, la prevención de infecciones, el alivio del dolor y la educación del paciente y su entorno sobre la enfermedad y el tratamiento.

Es imprescindible que los cuidados de enfermería se ajusten a las necesidades particulares de cada paciente. Los enfermeros deben estar al día en las últimas tendencias en atención médica y trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico para garantizar que se brinde una atención de calidad a los pacientes con enfermedades hematológicas.

Los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades hematológicas son esenciales para mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones. La monitorización, el control de la dieta, la administración de medicamentos, la prevención de infecciones, el control del dolor y la educación del paciente y la familia son elementos clave que deben tenerse en cuenta en el cuidado de estos pacientes

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es presentar los cuidados de enfermería que se deben brindar a los pacientes con enfermedades hematológicas, así como destacar la importancia de una atención integral y multidisciplinaria que contribuya a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades hematológicas, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

En el ámbito de los cuidados de enfermería, los pacientes con enfermedades hematológicas requieren una atención especializada que abarque desde la prevención y el diagnóstico hasta el tratamiento y el seguimiento. En este sentido, es fundamental que los profesionales de enfermería cuenten con los conocimientos necesarios para brindar un cuidado integral y personalizado a cada paciente.

Entre las enfermedades hematológicas más comunes se encuentran la anemia hemolítica autoinmunitaria, la enfermedad de von Willebrand y la leucemia

aguda. En cada una de ellas, los cuidados de enfermería deben estar enfocados en garantizar una adecuada hidratación, controlar el dolor y la fiebre, prevenir infecciones, monitorizar la respuesta al tratamiento y educar al paciente y a su familia sobre los cuidados que deben seguir en casa.

Por ejemplo, en la anemia hemolítica autoinmunitaria, es importante monitorizar los signos vitales del paciente, administrar transfusiones de sangre en caso necesario, evaluar los efectos secundarios de los medicamentos inmunosupresores y prevenir la formación de coágulos sanguíneos. En la enfermedad de von Willebrand, se deben aplicar compresas frías para disminuir la inflamación y el dolor en las articulaciones, y administrar concentrados de factor de von Willebrand para controlar el sangrado. En la leucemia aguda, se debe controlar la neutropenia y la trombocitopenia, administrar medicamentos para prevenir y tratar las infecciones, y brindar apoyo emocional al paciente y a su familia.

Asimismo, es importante tener en cuenta que los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades hematológicas deben ser multidisciplinarios, es decir, deben involucrar a otros profesionales de la salud como hematólogos, oncólogos y farmacéuticos, entre otros. De esta manera, se garantiza una atención integral y coordinada que contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los cuidados de enfermería son cruciales en el tratamiento de los pacientes con enfermedades hematológicas, ya que pueden prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. Los profesionales de enfermería tienen un rol clave en la detección temprana de complicaciones, la prevención de infecciones, el alivio del dolor y la educación del paciente y su entorno sobre la enfermedad y el tratamiento.

Es vital que los enfermeros brinden una atención personalizada a cada paciente, adaptando los cuidados de enfermería a sus necesidades individuales. Asimismo, es necesario que estén actualizados en las últimas tendencias en atención médica y colaboren con el equipo médico para brindar el mejor tratamiento posible a los pacientes con enfermedades hematológicas.

Los enfermeros también deben proporcionar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familiares, ya que las enfermedades hematológicas pueden

ser emocionalmente agotadoras y estresantes. Al brindar cuidados de enfermería personalizados y de calidad, los enfermeros pueden ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones.

6 Bibliografía

Calvo-Villas JM, Fernández-Soria MDM, Galera-Martínez R, de Loma-Orsorio A, Moreno-Martínez MJ, García-Navarro MJ, et al. Cuidados de enfermería en pacientes con anemia hemolítica autoinmunitaria. *Rev Enferm*. 2017;40(12):29-34. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/322859053_Cuidados_de_enfermeria_en_pacientes_con_anemia_hemolitica_autoinmunitaria

Ramos-Murcia MM, Sánchez-Ortuño MM, Sánchez-Cánovas A, López-Valverde N, Hernández-López C. Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades hematológicas. *Enferm Glob*. 2016;(39):274-84. Disponible en: <https://www.enfermeriaglobal.com/enfermeria-global/article/view/620>

Capítulo 32

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DESHIDRATACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

STEPHANIE LIARTE

EVELYN MORENO MONZÓN

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

MELANIA GONZALEZ GUERRA

1 Introducción

La deshidratación es una condición común en pacientes hospitalizados que puede tener graves consecuencias para su salud. Los pacientes que se encuentran hospitalizados, especialmente aquellos con enfermedades crónicas o que están sometidos a procedimientos médicos, corren un mayor riesgo de deshidratación debido a la restricción de líquidos y otras complicaciones. La deshidratación puede causar problemas en el sistema cardiovascular, la insuficiencia renal, infecciones urinarias y neurológicas, entre otras complicaciones graves.

Es por ello que es de vital importancia para los enfermeros detectar los signos y síntomas de la deshidratación y proporcionar cuidados adecuados y efectivos para prevenir su aparición y tratarla de forma efectiva. Además, es esencial educar a los pacientes sobre la importancia de la hidratación y fomentar

hábitos saludables para prevenir la deshidratación. La atención de enfermería en la deshidratación de pacientes hospitalizados es fundamental para prevenir complicaciones graves y mejorar los resultados del paciente.

En este trabajo se abordará la importancia de la hidratación en pacientes hospitalizados, se discutirán los signos y síntomas de la deshidratación, se proporcionarán medidas preventivas para evitar la deshidratación, se describirán las intervenciones de tratamiento para corregir la deshidratación y se destacará la importancia del monitoreo continuo del estado de hidratación del paciente. Todo esto con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en la deshidratación de pacientes hospitalizados y prevenir complicaciones graves que puedan afectar negativamente el pronóstico del paciente.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es destacar la importancia de los cuidados de enfermería en la deshidratación de pacientes hospitalizados.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en la deshidratación de pacientes hospitalizados, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

La deshidratación es una condición común en pacientes hospitalizados y puede tener graves consecuencias para su salud. Es importante que los enfermeros estén capacitados para detectar los signos y síntomas de la deshidratación e implementar medidas preventivas y de tratamiento adecuadas.

En este sentido, se debe promover la hidratación regular de los pacientes mediante la administración de líquidos y el monitoreo constante de la ingesta y eliminación de líquidos. Además, se deben identificar y corregir las causas subyacentes de la deshidratación, como la diarrea, el vómito o el uso de diuréticos.

Es importante que los enfermeros eduquen al paciente sobre la importancia de la hidratación y fomenten hábitos saludables para prevenir la deshidratación, como el consumo regular de líquidos y la ingesta de alimentos ricos en agua, como frutas y verduras.

Además, los enfermeros deben monitorear constantemente la respuesta del paciente a las medidas de tratamiento tomadas y ajustar el plan de tratamiento si es necesario. La detección temprana y el tratamiento adecuado de la deshidratación pueden prevenir complicaciones graves y mejorar el bienestar del paciente.

También es importante destacar que la atención de enfermería en la deshidratación debe ser individualizada, considerando las necesidades y características únicas de cada paciente. Los enfermeros deben colaborar con otros profesionales de la salud, como médicos y nutricionistas, para garantizar una atención integral y de calidad.

Los cuidados de enfermería en la deshidratación de pacientes hospitalizados son fundamentales para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida del paciente. Esto implica no solo la identificación temprana y el tratamiento adecuado de la deshidratación, sino también la promoción de hábitos saludables de hidratación y la colaboración con otros profesionales de la salud para una atención integral.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la deshidratación es una condición común en pacientes hospitalizados que puede tener graves consecuencias para su salud. La atención de enfermería en la deshidratación es fundamental para prevenir complicaciones y mejorar los resultados del paciente.

Es esencial que los enfermeros estén capacitados para detectar los signos y síntomas de la deshidratación, implementar medidas preventivas y llevar a cabo intervenciones de tratamiento adecuadas. También deben educar al paciente sobre la importancia de la hidratación y fomentar hábitos saludables para prevenir la deshidratación.

Además, es importante que los enfermeros evalúen continuamente la respuesta del paciente a las medidas tomadas y ajusten el plan de tratamiento si es necesario. La detección temprana y el tratamiento adecuado de la deshidratación pueden prevenir complicaciones graves y mejorar el bienestar del paciente hospitalario.

6 Bibliografía

Guía para la prevención y tratamiento de la deshidratación en el adulto hospitalizado. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Recuperado de https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nutricion/documentos/Deshidratacion_adulto_hospitalizado.pdf

La deshidratación en pacientes geriátricos hospitalizados. Revista Cubana de Enfermería. (2019). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1365>

Capítulo 33

HIPOGLUCEMIA: ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MEDIDAS PREVENTIVAS

IVAN POVEDA CANTERO

NATALIYA TYUKALOVA

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

JUAN EMILIO NAVARRO ROGNONI

YOLANDA MORENO PÉREZ

1 Introducción

Los pacientes con Diabetes Mellitus, una condición crónica que afecta el metabolismo del azúcar en la sangre y que se está volviendo más común en las poblaciones contemporáneas, experimentan con frecuencia hipoglucemia, una complicación aguda que es común en este grupo de pacientes.

Los niveles de glucosa en plasma sanguíneo que normalmente están entre 70 y 60 mg/dl son los que lo definen.

La ingesta inadecuada de carbohidratos, saltarse o retrasar las comidas, el aumento de la actividad física y el consumo de alcohol (que inhibe la liberación de glucosa del hígado de las reservas almacenadas en el torrente sanguíneo) son las principales causas de la diabetes. sangre), enfermedades concomitantes adicionales (enfermedades hepáticas como cirrosis o hepatitis, enfermedades renales

que dificultan la metabolización y eliminación de fármacos, trastornos del patrón alimentario como la anorexia), etc.

Los signos y síntomas de la hipoglucemia pueden aparecer repentinamente y variar de una persona a otra. Se dividen en dos categorías importantes:

- Los signos leves incluyen temblores, transpiración, hambre, dolores de cabeza, vértigo, confusión, palidez, etc.
- Signos y síntomas graves, como incapacidad para comer o beber, convulsiones, pérdida del conocimiento, etc.

El objetivo de esta revisión sistemática es describir qué pasos se deben tomar en caso de hipoglucemia y qué medidas preventivas se pueden usar para retrasar su aparición.

2 Objetivos

- Enumerar las medidas preventivas a tomar para evitar que aparezcan niveles de glucosa en sangre por debajo del rango recomendado por el personal de enfermería.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de diferentes artículos de interés en distintas bases de datos como Pubmed, Elsevier y Scielo. Para ello se utilizaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud, con palabras como Hipoglucemia, Atención de Enfermería, Terapéutica Prevención.

4 Resultados

Los resultados de los artículos seleccionados demuestran que, dependiendo del nivel de conciencia del paciente, se deben realizar una serie de procedimientos antes de tratar a un paciente con hipoglucemia.

- Si el paciente está consciente y puede tragar, se administrarán 15 g de glucosa oral (carbohidratos de rápida absorción) y se repetirá la prueba de glucosa en sangre a los 15 minutos. si los niveles de azúcar en sangre son inferiores a 70 mg/dl después de este tiempo.

La glucemia se evaluará una vez más en 15 minutos después de otra administración oral de 15 g de glucosa. Hasta que uno de los valores de glucemia después

de la toma y después de haber pasado los 15 minutos de más de 70 mg/dl, se repetirá este procedimiento.

Se hará un seguimiento del progreso de los pacientes a medida que se administren carbohidratos de absorción lenta.

Si se puede abrir una vena para un paciente que está inconsciente y no puede tragar, se administrarán 30 ml de glucosa al 33 por ciento o 20 ml de suero con glucosa al 50 por ciento y se realizará una prueba de glucemia de 15 minutos. Si no disponemos de acceso venoso, administraremos glucagón SC o IM y repetiremos la glucemia.

Si la persona no recupera la conciencia, el paciente no está consciente.

Los procedimientos que discutimos para el paciente que estaba consciente se llevarían a cabo en caso de recuperar la conciencia.

El desarrollo del paciente debe ser seguido en ambas situaciones.

Destacan especialmente como medidas preventivas:

- Controles periódicos de glucemia, ya sea a domicilio o en un centro de referencia, para comprobar que las medidas adoptadas son suficientes.
- Completar todas las tomas regulares que se programen.
- Practica ejercicio regularmente.
- Divulgación educativa sobre diabetes.

5 Discusión-Conclusión

Para los pacientes diabéticos, la hipoglucemia es una complicación grave que puede tener efectos fatales. Es una complicación frecuente, ya que, como hemos visto, los cambios en la cantidad o intensidad de la actividad física pueden propiciar su desarrollo. Se debe instruir al paciente sobre cómo reconocer los síntomas de manera temprana y tomar las medidas apropiadas.

La mayoría de las complicaciones también pueden evitarse o al menos posponerse realizando controles periódicos y recibiendo la educación diabética adecuada.

Finalmente, el profesional de enfermería debe ser consciente del papel central que juega el paciente en su enfermedad; como resultado, no solo debe implementar un plan de control apropiado y crear un plan de tratamiento que sea único para el paciente, sino también educar al paciente sobre los fundamentos de la diabetes y cómo comportarse antes de la aparición de las complicaciones.

6 Bibliografia

- Frier BM. Hypoglycaemia in diabetes mellitus: Epidemiology and clinical implications. Vol. 10, Nature Reviews Endocrinology. 2014.

Capítulo 34

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELIACA EN EL NIÑO

ALBERTO MENELI MANEL MAGUGA

DAVID VALENTÍN GARCÍA DE BLAS

ANA BARRANCO RAMA

MARTA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

JUAN LUIS MARTÍNEZ CASTREJÓN

1 Introducción

La celiaquía o enfermedad celiaca se denomina a aquella condición de carácter inmune que tiene una afectación de modo principal a la zona gastrointestinal y que produce de forma secundaria una sensibilidad con un carácter irreversible hasta el momento a las proteínas del gluten que se encuentran en la dieta como el

Trigo, centeno o la cebada. Estos pacientes se encuentran predispuestos genéticamente a padecer esta enfermedad que viene cursando con una atrofia intestinal severa.

Se puede considerar que es una enfermedad de carácter inmune en la que se encuentran distintos factores genéticos y ambientales en una asociación fuerte

en la que los genes codificantes de moléculas HLA de la clase II se encuentran presenten en el heterodímero HLA DQ2 en la mayoría de las ocasiones y el DQ8 en un % menor.

Tiene formas de presentación comunes de síndrome de malabsorción presentando diarrea en forma crónica con pérdida de peso pronunciada y una prominente distensión abdominal, sobre todo en niños que son menores de 24 meses. En niños mayores, los síntomas gastrointestinales pasan a ser menos frecuentes, son niños con baja talla, tienen asociados problemas atípicos a su edad como anemia, osteoporosis, cambios de humor, aparición de otro tipo de enfermedades autoinmunes, se pueden dar casos de cáncer digestivo o tener síntomas neurológicos.

2 Objetivos

Describir por parte de enfermería un caso clínico para exponer el diagnóstico de la enfermedad celiaca pediátrica.

3 Caso clínico

Fernando es un niño que acaba de cumplir 22 meses, hijo de madre y tía materna celiaca, la introducción al gluten fue tardía por indicación de la madre y por miedo de esta a que fuera celiaca, la introducción fue normal y fue vigilado cada síntoma durante los seis primeros meses de introducción al gluten a la cual el niño no manifestó ningún síntoma ni signo exterior que manifestara enfermedad celiaca por lo que su alimentación y desarrollo ha sido normal hasta el momento. La madre acude al médico porque lleva dos semanas que a pesar de la retirada del pañal, la zona del culito, la tiene muy irritada y tiene diarrea intermitente, le ha suprimido algunas cosas de la dieta y le ha sometido en los tres últimos días a dieta astringente sin ser efectiva, dice que ha estado pasando por un virus como el resto de niños en la guardería, la pediatra observa que no existe signos externos de virus y tras la entrevista de la madre parece ser que el niño no tiene síntomas de proceso gripal alguno. Se insta al peso diario del niño observando que a pesar de que el niño come en grandes cantidades está empezando a perder peso, se ha vuelto apático y sigue con diarreas. Por los antecedentes personales se decide la suspensión del gluten de forma temporal, como consecuencia el niño cesa la diarrea casi de forma inmediata y a la semana deja de perder peso, el niño ya no come grandes cantidades y va recuperando un humor constante, ante los cambios se decide mantener la dieta durante al menos seis meses. Por lo pequeño del niño y ante la imposibilidad de confirmar por medio de endoscopia la enfermedad se

mantiene dieta sin gluten y diagnóstico de celiaquía hasta provocación con peso y talla adecuado por acuerdo entre pediatra y familia.

4 Discusión-Conclusión

Cuando el niño tiene una edad en la que su peso y talla no es el adecuado para confirmar mediante una endoscopia de las vías digestivas altas el diagnóstico de la enfermedad celiaca se hace una recomendación de acudir a marcadores celíacos biológicos. Si estos son positivos, aunque no suficientes para diagnosticar la enfermedad, se pueden considerar como base en presencia de síntomas para proceder a la retirada del gluten de la dieta siempre con la previsión de poder realizar una prueba en quirófano para poder confirmar mediante anatomía patológica la enfermedad celiaca o hacerla mediante provocación cuando el niño sea un poco más grande.

5 Bibliografía

Bravo, F. (2021). Adherencia e impacto de la dieta sin gluten en niños con enfermedad celíaca. *Revista española de pediatría*, 82(3), 191-19

Capítulo 35

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DOLOR CRÓNICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

ALBERTO MENELI MANEL MAGUGA

DAVID VALENTÍN GARCÍA DE BLAS

ANA BARRANCO RAMA

MARTA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

JUAN LUIS MARTÍNEZ CASTREJÓN

1 Introducción

Se define dolor como una experiencia emocional y sensorial desagradable que está asociado a una lesión tisular real o potencial. El dolor es subjetivo y puede afectar al bienestar físico, emocional, social y psicológico de la persona que lo padece.

En España, el 17% de la población padece dolor crónico, teniendo una mayor incidencia en mujeres que en hombres y cuya incidencia va en aumento conforme aumenta la edad.

El dolor se clasifica según su patógena en nociceptivo y neuropático, siendo el nociceptivo el dolor crónico más frecuente, producido por enfermedades, lesiones o trastornos funcionales viscerales o somáticos.

El dolor crónico es consecuencia de la plasticidad funcional y estructural del cerebro por la pérdida o daño que se produce en la sustancia gris. Además del cerebro, otras zonas que están implicadas en el dolor crónico son el hipocampo, la corteza prefrontal dorsolateral y los ganglios basales.

Debido a la alta tasa que tiene el dolor crónico en las consultas médicas, es fundamental que los profesionales sanitarios, dentro de los que se incluye Enfermería, tengan una actitud proactiva para abordar esta problemática. Por su parte, Enfermería debe contribuir con la elaboración de un plan de cuidados enfermero que aborde al paciente que padece dolor crónico de manera integral.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Establecer los cuidados de Enfermería desde atención primaria en el paciente que presenta dolor crónico.

Objetivos secundarios:

- Indicar las diversas escalas para valorar el dolor crónico.
- Indicar los diferentes diagnósticos, resultados e intervenciones de Enfermería en el dolor crónico.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda, organización y valoración de la información recopilada a través de bases de datos científicas como Cuiden, Pubmed y Medline. Tras la búsqueda, se seleccionaron las fuentes más oportunas en relación con los objetivos propuestos y se procedió a la extracción de las ideas más relevantes con las que empezar a elaborar la revisión bibliográfica.

Las palabras clave utilizadas fueron dolor crónico, enfermería, cuidados y atención primaria.

4 Resultados

En nuestro país, las consultas por dolor crónico son muy habituales y comunes en los servicios de urgencias y en las consultas de atención primaria, teniendo los profesionales que dar respuesta inmediata para instaurar un tratamiento que se adapte al tipo de dolor que presenta el paciente y a sus circunstancias personales.

En el bienestar del individuo confluyen diversos factores como biológicos, psicológicos y socioculturales, influyendo todos ellos en la respuesta que tiene el paciente al dolor. Por ello, el modelo biopsicosocial en relación a los trastornos del dolor crónico es incuestionable y ampliamente defendido.

La prevención del dolor crónico no solo se centra en prevenir la enfermedad que lo origina, sino también en sus consecuencias, siendo las más comunes la pérdida de funcionalidad y productividad, trastornos mentales, discapacidad laboral, entre otras.

Enfermería debe realizar una intervención del abordaje del dolor crónico de manera integral, desarrollando una actitud proactiva donde las funciones a desarrollar tengan en cuenta al paciente como un todo, teniendo en cuenta todas las esferas del mismo.

Enfermería, desde atención primaria, debe diseñar intervenciones psicológicas y psicoeducativas para que el paciente pueda controlar los factores emocionales y cognitivos del dolor.

Sabiendo que el dolor interfiere en las actividades de la vida diaria, Enfermería debe realizar una valoración minuciosa y exhaustiva del dolor, pudiendo así dar una respuesta adecuada a las necesidades del paciente a través de unos planes de cuidados individualizados.

Para que Enfermería pueda valorar correctamente el dolor crónico, debe utilizar unas escalas de valoración, siendo las más utilizadas la escala numérica (EN), la escala categórica (EC) y la escala visual analógica (EVA).

Una buena valoración permite un mejor diagnóstico, pudiendo realizar unas intervenciones efectivas y de calidad.

Dentro de los diagnósticos enfermeros NANDA en relación con el dolor crónico están: dolor crónico y síndrome de dolor crónico.

Dentro de los resultados enfermeros NOC en relación con el dolor crónico están: control del dolor, nivel del dolor, calidad de vida, conocimiento: manejo del dolor, equilibrio emocional, nivel de fatiga, ansiedad y estrés, entre otros.

Dentro de las intervenciones NIC en relación con el dolor crónico están: manejo del dolor crónico, manejo de la medicación, control del estado de ánimo, terapia de relajación, escucha activa, mejorar el afrontamiento, entre otras.

5 Discusión-Conclusión

El dolor crónico es muy habitual en las consultas de atención primaria. Por eso, Enfermería, desde este nivel de atención, debe realizar una valoración correcta del dolor crónico que padece el paciente a través de las diferentes escalas de

medición existentes, pudiendo dar así una respuesta adecuada a las necesidades del paciente a través de unos planes de cuidados individualizados donde todas las esferas y factores del paciente queden incluidos.

Para ello, Enfermería debe utilizar el modelo biopsicosocial, a la vez de promover la educación del paciente para que tenga un afrontamiento más activo en su autocuidado y consiga el mayor bienestar posible.

6 Bibliografía

- Goberna Iglesias, M. J., Mayo Moldes, M., & Lojo Vicente, V. Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21, 50-58.
- González de Lena Gorgojo, C. . Cuidados enfermeros en dolor crónico musculoesquelético en Atención Primaria.
- Monleón Just, M. (2017). Intervención enfermera en dolor crónico.
- Osorio, M. A. M. (2016). Del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial: El desafío pendiente para la fisioterapia en el dolor musculoesquelético crónico. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud UDES*, 3(2), 97-101.

Capítulo 36

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL

ALBERTO MENELI MANEL MAGUGA

DAVID VALENTÍN GARCÍA DE BLAS

ANA BARRANCO RAMA

MARTA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

JUAN LUIS MARTÍNEZ CASTREJÓN

1 Introducción

La presión venosa central es uno de los parámetros más utilizados en la monitorización hemodinámica invasiva, la cual aporta información relevante sobre el estado del paciente y ayuda a guiar la instauración del tratamiento y su evaluación.

La presión venosa central revela la cantidad de sangre que regresa al corazón, así como la capacidad que tiene el corazón para bombear la sangre hacia el sistema arterial.

Puede establecerse que la presión venosa central refleja de manera directa la presión en la aurícula derecha, y de manera indirecta la presión telediastólica ventricular. Por eso, la presión venosa central es un indicador óptimo de la función

derecha del corazón, ya que si el ventrículo derecho presenta insuficiencia, la presión venosa central está aumentada.

Para medir la presión venosa central se debe insertar previamente un catéter que llegue hasta la vena cava superior. Las venas más utilizadas para su inserción son la braquial, subclavia o yugular. El catéter puede poseer una o dos luces, siendo más indicado utilizar el de doble lumen.

Enfermería es el personal indicado para medir la presión venosa central, debiendo conocer la manera en que debe realizar esta técnica para que los resultados que se obtengan sean fiables y certeros.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Establecer la actuación de Enfermería en la medición de la presión venosa central, indicando los valores normales de la presión venosa central y en qué situaciones se utiliza la medición de la presión venosa central.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro, se ha realizado una búsqueda sistemática en bases de datos científicas. Las bases de datos consultados han sido: Medline, Scopus, Cochrane y Cuiden.

Las palabras clave utilizadas han sido: presión venosa central, medición, enfermería, técnica, actuación.

4 Resultados

Para medir la presión venosa central se pueden utilizar parámetros de presión o de volumen, siendo el más utilizado el de presión.

Los valores normales establecidos son:

- Presión venosa central: 2-6 mmHg.
- Presión de aurícula izquierda: 4-12 mmHg.
- Presión de oclusión de la arteria pulmonar: 6-12 mmHg.

La medición de la presión venosa central está indicada en situaciones como:

- Terapia de infusiones intravenosas de mantenimiento.
- Nutrición parenteral.
- Para forzar la diuresis.

- Trastornos hidroelectrolíticos.
 - Para controlar el reemplazo de volumen de líquidos en un shock, hemorragia intestinal, fracaso renal agudo, ventilación asistida, entre otros.
- Las cifras obtenidas tras la medición de esta presión se utilizan como estimación de la volemia. La variación de esta presión depende del volumen y del flujo en las venas centrales y del estado funcional en que se encuentran las cavidades derechas del corazón.
- Para que Enfermería pueda medir la presión venosa central debe:
- Colocar al paciente en decúbito supino.
 - Detener cualquier solución que se estuviera administrando por la vía central.
 - Situar la columna de medición a nivel de la línea axial media del paciente. Se aconseja marcar la zona para tener siempre el mismo punto de referencia en posteriores mediciones.
 - Colocar la flecha del manómetro en el cero.
 - Determinar la luz en que se va a realizar la medición en caso de que el catéter posea varias luces.
 - Llenar la columna con suero a través de a llave de tres vías, conectándola al catéter del paciente para que exista una continuidad entre paciente y columna.
 - La columna de suero irá bajando hasta llegar a un punto donde solo existan pequeñas fluctuaciones relacionadas con los movimientos respiratorios del paciente, siendo ese valor es que se corresponde con la presión venosa central del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La presión venosa central depende del retorno venoso y de la función cardíaca. El profesional de Enfermería es el responsable de realizar esta medición, teniendo una serie de responsabilidades clave como la comprobación del uso correcto del equipamiento, obtener datos precisos y establecer tendencias.

Para realizar la técnica de medición, Enfermería debe seguir el protocolo de actuación establecido a fin de evitar posibles complicaciones y obtener así datos de valores fiables y veraces. Para ello, debe contar con la formación adecuada para ejecutar la técnica de manera eficaz y aportando los cuidados necesarios oportunos que requiere este tipo de medición de presión.

6 Bibliografía

- Gonzaga Vargas, L. H., & Cobos Schrader, K. D. R. (2018). EFECTIVIDAD DE LA

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE PATOLOGÍAS HEMODINÁMICAS.

- Ochagavía, A., Baigorri, F., Mesquida, J., Ayuela, J. M., Ferrándiz, A., García, X., ... & de Cuidados Intensivos, G. D. T. (2014). Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del grupo de trabajo de cuidados intensivos cardiológicos y RCP de la Sociedad Española de medicina intensiva, crítica y unidades coronarias. *Medicina intensiva*, 38(3), 154-169.
- Solanellas Lax, E. (2020). Presión venosa central como parámetro estimador de las necesidades de fluidoterapia: revisión sistematizada

Capítulo 37

CASO CLÍNICO : CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

VIOLETA SIMARRO MARTÍNEZ

CRISTINA MIRANZO HIGUERAS

LUIS LARROY ALARCON

MIGUEL PÉREZ GARCÍA-CONSUEGRA

PAULA JIMÉNEZ GUISADO

1 Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, creadas en 1980, suponen una unidad de atención integral al paciente pediátrico crítico, albergando un equipo con una serie de competencias y conocimientos que los convierten en profesionales formados para ofrecer este tipo de cuidados desde una perspectiva íntegra y un abordaje biopsicosocial.

Considerado como un servicio pionero en el paciente politraumatizado y oncohematológico pediátrico, cuenta con un conjunto de valores, todos ellos dirigidos a:

- Proporcionar una asistencia humana y localizada en el niño.
- Prevención y tratamiento.
- Desarrollo de formación continuada.
- Difusión de la investigación como un medio de mejora de los cuidados.

Entre sus valores, se encuentran:

- Cuidado del paciente y de su entorno.
- Compromiso de los profesionales en la creación y cumplimiento de objetivos y en la participación hospitalaria.
- Trabajo en equipo.
- Formación.
- Biodiversidad.
- Capacidad para empatizar y ayudar a los nuevos compañeros.

Por último, se cita a continuación la cartera de servicios de la unidad, donde se recogen los distintos tipo de patologías que se pueden llegar a albergar dentro de la misma:

Respiratorias:

- Bronquiolitis.
- Neumonías.
- Asma.

Cardiovasculares:

- Arritmias.
- Insuficiencias cardíacas.
- Crisis hipertensas.
- Hemorragias y cogulopatías.

Neurológicas:

- Crisis convulsivas.
- Disminución del nivel de consciencia.
- Agitación.

Infecciosa:

- Sepsis/shock séptico.
- Neumonía grave.
- Meningoencefalitis.

2 Objetivos

Analizar y estudiar de las distintas características presentadas en la introducción del caso.

Establecer una serie de diagnósticos, con sus correspondientes actividades e intervenciones, con el fin de dotar a la paciente de una perspectiva íntegra de los cuidados.

3 Caso clínico

Paciente recién nacida pretérmino que ingresa el día 10/11/2021 con 31 semanas de gestación, procedente de una clínica privada donde a su madre, se le realizó una ovofecundación. En el momento del nacimiento, no presenta signos de esfuerzo respiratorio, acompañado de una FC

< 100 lpm y cianosis acra. Es reanimada e ingresada en la unidad de cuidados intensivos neonatales por prematuridad y necesidad de asistencia respiratoria. Antes de la salida del quirófano, se le estabiliza con una mascarilla de oxígeno.

En el momento del ingreso presentó un APGAR de 4. Tras 5 minutos, este pasa a ser considerado de 5. Se le mantiene con el soporte ventilatorio con mascarilla hasta que es monitorizada e intubada. A continuación, se le realiza una exploración física, donde se obtienen los siguientes parámetros: pH de 7,29; 1.500 kg de peso; 40 cm de longitud; 29 cm de perímetro cefálico; temperatura axilar de 36.7 °C; una frecuencia respiratoria de 50 resp/min; una T.A de 59-41 mmHg; una PAM de 46 mmHg; Saturación de oxígeno del 100% y una FiO2 asistida del 21 %. Se observa una buena coloración de la piel y mucosas, acompañada de un tórax simétrico, pulsos palpables, rítmicos y ausencia de cualquier tipo de soplo u alteración cardíaca o genital.

Actualmente se encuentra en la semana 31+3 de edad gestacional. Tiene un peso de 1700 kgr y sus constantes son estables: FC 150-160 lpm; 47-51 mmHg de TAM con una TAD en rango normal, FR 45 .100% de SatO2, FiO2 al 21, FR 45, y PEEP de 6 y Ppico variable 12-15). Está afebril y en el turno de tarde (momento de la valoración actual), no realiza ni desaturaciones ni bradicardias. Porta de una sonda nasogástrica (SNG), un tubo endotraqueal (TET) de dos luces (7 cm) y un silástico en el miembro inferior derecho (MID) central. Por un posible riesgo de fracaso en la extubación, se decide no extubarla, pautándose tratamiento para el ductus, vigilando posibles signos de taquicardias, caída de la TA déficit respiratorio o aumento del ácido láctico en sangre.

En este momento, no se conocen ningún tipo de alergias medicamentosas ni se le ha administrado ninguna vacuna por su corto periodo de vida. Tiene prescritas gasometrías y glucemias cada 12 horas y monitorizaciones cada 3 horas. Las gasometrías se hacen en ese periodo de tiempo debido al riesgo de hiperflujo pulmonar (sobrecarga del volumen diastólico auricular y ventricular izquierdo, aumentando la contractilidad y el volumen eyectivo ventricular).

En relación con la alimentación, en el momento del ingreso, la paciente se en-

cuentra con sueroterapia y en dieta absoluta. Con 2 ddv, comienza a alimentarse de lactancia materna del banco de leche. Las tomas son cada 3 horas por NE, administrada por sonda. Actualmente, la paciente se encuentra en dieta absoluta debido a una serie de vómitos realizados a lo largo del turno de tarde, presentando un nivel de glucosa elevado al comienzo de la misma. La paciente descansa entre tomas.

En cuanto al aseo, se realiza una higiene genital 4 veces al día (9h-12h-15h-18h-21h), al mismo tiempo que se le toman las constantes, se cambia la posición del pulsioxímetro y se realizan las medidas de confort. En estas últimas, es muy importante señalar el cambio de posición cada vez que se moviliza a cualquier neonato con el fin de evitar el desarrollo de UPP.

De los progenitores, es importante señalar el poco contacto con la figura de su hija siendo la madre, la que viene a visitarla cuando le es posible, no realizando el método canguro con su hija. De ellos, se ha obtenido solamente la ausencia de algún tipo de patología relevante que puede estar relacionada con el desarrollo del Síndrome de Charge en su hija, el grupo sanguíneo de la madre (0+) y el Rh+ de la misma .

Pese a los cuidados expuestos y proporcionados por la unidad, la evolución de la paciente está siendo inefectiva, pudiendo llegar a desarrollarse un cuadro que imposibilite la vida de la misma. Ejemplo de ello puede ser el cambio de estado de hipoactividad de la pequeña al final del turno de tarde o el riesgo de extubar por miedo a que no sobreviva. Esto se debe a que, pese a múltiples momentos de estabilidad, los sanitarios temen que pueda haber una complicación en cualquier momento por la debilidad de sus sistemas y las consecuentes complicaciones que está ocasionando la evolución del síndrome.

Los padres mantienen un sentimiento de rechazo y negación frente a la situación de su hija. No se valora alta hospitalaria.

Por último, debido a su corto periodo de vida conjunto con su prematuridad, es importante evitar cualquier tipo de foco infeccioso que pueda perjudicarla, dando lugar a infecciones cardiovasculares que agraven el problema del ductus, complicando el proceso de recuperación de la paciente (2).

4 Discusión-Conclusión

Las patologías y su consecuente evolución dentro del ámbito hospitalario, sigue siendo caracterizada por ser inesperable e inespecífica en muchas ocasiones como la estudiada en el presente caso clínico.

El Síndrome de Charge es un ejemplo de la la importancia de apostar por la investigación y el estudio de las diversas patologías, síndromes y complicaciones menos conocidas y que, por ello, pueden llevar a la muerte del neonato o a un aumento de la morbilidad del mismo.

Por último, incidir en la importancia de mostrar y ofrecer una atención continuada a los padres y/o familiares cercanos al neonato, mostrándose a su entera disposición.

5 Bibliografía

- Categoría:LT: Medicina [Internet]. wiktionary. 2021 [citado 24 noviembre 2021]. Disponible en: <https://es.wiktionary.org/wiki/Categor%C3%ADa:LT:Medicina>
2. L.Tesini B. Manuel MSD [Internet]. msdmanuales. 2021 [citado 24 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/sepsis-neonatal>
3. Vademecum [Internet]. vademecum.es. 2021 [citado 24 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/>
4. AEP Asociación Española de Pediatría [Internet]. aeped.es. 2021 [citado 24 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum>
5. Enfermería Actual [Internet]. enfermeriaactual.com. 2021 [citado 24 noviembre 2021]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda-2/>
6. Diagnósticos Nanda [Internet]. diagnosticosnanda.com. 2021 [citado 24 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/>
7. Enfermería creativa [Internet]. enfermeriacreativa.com. 2021 [citado 24 noviembre 2021]. Disponible en: <https://enfermeriacreativa.com/2019/10/17/escala-e-nstras/>
8. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. cun.es. 2021 [citado 24 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/>

vallecula-epiglótica

9. cima [Interlimpio]. cima.aemps.es. 2021 [citado 24 noviembre 2021]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>

10. Zaplana HS. Protocolo de Intubación Neonatal No Urgente [Internet]. Serviopediatria.com. [citado el 25 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://serviopediatria.com/wp-content/uploads/2021/06/Protocolo-INTUBACION-NEONATAL-NO-URGENTE.-SP-HGUA-2021.pdf>

11. Documentos de PIV

12. Información proporcionada por el profesional sanitario

Capítulo 38

CASO CLÍNICO: HEMODIÁLISIS

VIOLETA SIMARRO MARTÍNEZ

CRISTINA MIRANZO HIGUERAS

LUIS LARROY ALARCON

MIGUEL PÉREZ GARCÍA-CONSUEGRA

PAULA JIMÉNEZ GUIADO

1 Introducción

La hemodiálisis es descrita como una técnica de depuración extracorpórea dirigida al intercambio de agua y solutos entre la sangre y el líquido de diálisis a través de la membrana semipermeable del dializador (1).

A través de ella, se permite la eliminación de productos de desecho y líquido acumulado, restableciéndose así el equilibrio hidroelectrolítico y ácido básico.

Entre sus objetivos, destaca: la extracción de sustancias nitrogenadas de la sangre y la retirada del exceso de agua, sin células ni proteínas plasmáticas.

El equipo de hemodiálisis consta de: un dializador, líquido de diálisis, un circuito extracorpóreo y un monitor que incorpora sensores y alarmas para la medición de los parámetros de la manera más precisa posible.

Entre las distintas modalidades se encuentra: La ultrafiltración; la hemodiálisis convencional, la hemodiafiltración y la hemofiltración. Todas ellas tienen en común que el líquido de diálisis circula en todo momento en sentido contrario a las fibras del dializador, proporcionando un mayor volumen de cebado y limpieza.

La pauta habitual del tratamiento son de tres a cuatro sesiones a la semana de 4-5 h, llevadas a cabo en el hospital correspondiente, centros de diálisis o en el domicilio (en caso de que se albergue la infraestructura necesaria).

2 Objetivos

Dar a conocer el procedimiento de la hemodiálisis mediante la exposición de un caso clínico.

Introducción a la diálisis peritoneal.

3 Caso clínico

En el presente caso clínico, se expone el caso de un paciente que recibe diálisis peritoneal hospitalaria hasta encontrarse con el apoyo y los conocimientos necesarios para realizarla en el domicilio. En el momento de ingreso, como en cualquier paciente con una patología renal, cobra especial importancia el control de la tensión arterial (TA), la frecuencia cardíaca (FC), los niveles de creatinina y el peso del paciente. Este último es uno de los principales marcadores de la eficacia de este tipo de tratamiento. A continuación, se muestran los valores recogidos: 94/63 mmHg con 80x'; 59,100 kgr y 3,8 mgr/dl de creatinina.

El tratamiento se inicia con la realización de un intercambio con Extraneal 2 L con Icodextrina al 7,5% en 720 min (12 horas), obteniendo un volumen de ultrafiltración de -1360 ml (más salidas que entradas).

En el momento de la valoración, el paciente ha experimentado una gran mejora en su estado de salud. Realiza dos intercambios: el primero de ellos con Physioneal al 2,7 % 1,5L y el segundo con Extraneal 2,7% 1,5 L. La analítica de control realizada muestra una mejora en los niveles de creatinina en sangre (2,2 mgr/dl). Al mismo tiempo, se observa una mejora en los valores de TA y FC (91/60 mmHg con 80x'), el peso (56 kg) y en los niveles de ultrafiltración, en ambos casos negativos debido a una mayor cantidad de líquido filtrado que presente en el organismo tras el proceso de vaciado (-1308 ml/-1381 ml), comprobándose la eficiencia del tratamiento. Por último, el paciente se muestra animado y se valora alta por parte del profesional médico. Por ello, se inician sesiones de educación para la salud impartidas por el profesional de enfermería, destinadas a hacer al paciente completamente independiente en la realización de la diálisis manual en el domicilio, acompañado siempre de la supervisión del cuidador principal (su mujer), quien es muy importante se muestra receptiva y activa en este tipo de sesiones.

Este tipo de sesiones, se realizan primero bajo la supervisión de la enfermera responsable, quien le da una serie de pautas a seguir para una correcta realización del mismo, evitando cualquier riesgo de infección y enseñando como actuar en caso de que este se encuentre presente (1).

La evolución del paciente es bastante buena, valorándose la opción del alta una vez que el profesional de enfermería, considere que los conocimientos acerca de la realización de los intercambios manuales tanto por parte del paciente como del cuidador principal (su mujer), se encuentran completamente inculcados y comprendidos, siendo posible la realización desde su propio domicilio, sin necesidad de atender al hospital.

En su hoja de balance física y electrónica durante el proceso de diálisis, se analiza una mejoría en los distintos factores determinantes y a tener en cuenta en cada uno de estos pacientes. En primer lugar, los niveles de TA (94/63 mmHg a 91/60 mmHg) han mejorado desde la inserción del catéter ,manteniendo una FC estable (80xi) y una mejora en el grado de fatiga. En segundo lugar, el peso del paciente ha disminuido con respecto al momento del inicio del tratamiento (59,100kgr a 56 kgr) siendo la pérdida de líquido por la diálisis, junto con su anorexia, la causa principal. Por último, presenta una mejora en los niveles de creatinina (3,8mgr/dl a 2,2 mg/dl) y ultrafiltración, esta última, en ambos casos negativos debido a una mayor cantidad de líquido filtrado que presente en el organismo tras el proceso de vaciado (-1308 ml a-1381 ml).

El estado psicológico del paciente está estable. Se muestra animado, agradecido y menos fatigado que al inicio del tratamiento. Al mismo tiempo, su mujer muestra una continua actitud de agradecimiento hacia los profesionales y de implicación en el proceso de recuperación de su marido.

- El paciente: es independiente a la hora de ingerir alimento (10); entra y sale solo del baño (5); es independiente y capaz de vestirse, desvestirse y arreglarse por sí mismo (15); Presenta un patrón normal de deposiciones y micción, siendo independiente para el uso del retrete (30); presenta de una mínima ayuda física para el traslado del sillón a la cama y viceversa (5); es independiente en la deambulación (15); Necesita ayuda para subir y bajar escalones o supervisión (5): Total: 85, grado de dependencia LEVE.

- El paciente tiene capacidad para usar el teléfono (1); realiza las compras con independencia (1); prepara y sirve la comida con independencia (1); Cuida la casa (1); Realiza lavado de ropa personal (1); viaja con otros en transporte público (1); es responsable del uso de la medicación (1); Maneja los asuntos financieros (1) .
TOTAL: 8, es completamente independiente, necesitando de la presencia de otros por un posible riesgo de caídas.

-No presenta caídas previas (0); medicamentos:1+0; déficit sensorial: alteraciones auditivas (1) y en extremidades (dolor por gota, 1); estado mental: orientado (0); deambulación: normal (0)
Total: 3: Riesgo alto de caídas

4 Discusión-Conclusión

Para concluir y en base a los resultados a lo largo de todo el caso clínico, resaltar que el cuidado y tratamiento de un paciente con hemodiálisis, en este caso con una modalidad de diálisis peritoneal, se extiende mucho más allá del procedimiento correlativo a su patología, siendo necesaria en todo momento una correcta educación para la salud con el fin de favorecer su principio de autonomía. Por todo ello y para concluir el presente caso clínico se insiste en vocalizar la importancia de que el hospital debe de ser considerado como un lugar de paso en este tipo de situaciones, siendo el fin, el traslado de la terapia del paciente a su domicilio.

5 Bibliografía

1. Datos proporcionados por el paciente y el profesional sanitario.
2. Kerozt, P. (2020, julio 24). Escala visual analógica del DOLOR (EVA). KEROZT. <https://www.kerozt.com/escala-visual-analogica-del-dolor-eva/>.
3. ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. (s/f). Ulceras.net. Recuperado el 4 de enero de 2022, de https://www.ulceras.net/userfiles/files/escala_bradem.pdf.
4. Escala de Downton. (2019, julio 8). Enfermería Creativa. <https://enfermeriacreativa.com/2019/07/08/escala-de-downton/>.
5. Spain, V. V. (s/f). ★ Vademecum.es - Su fuente de conocimiento farmacológico. Vademecum.es. Recuperado el 4 de enero de 2022, de <https://www.vademecum.es/>.
6. Situación, P., & Paciente Puntuación, D. (s/f). INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria. Gva.es. Recuperado el 4 de enero de 2022, de <http://alicante.san.gva.es/documents/4479657/4640869/Indice+Barthel.pdf>.
7. Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). (s/f). Infogerontologia.com. Recuperado el 4 de enero de 2022, de https://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/indice_lawton_brody.pdf.
8. Diagnósticos Nanda [Internet]. diagnosticosnanda.com. 2021 [citado 05 enero 2022]. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/>.

9. Palma, H. A., & Correa-Rotter, R. (2009). Diálisis peritoneal en situaciones especiales. En Tratado de diálisis peritoneal (pp. 511–528). Elsevier.
10. Polaina Rusillo M, Sánchez Martos MD, Biechy Baldan M del M, Liebana Cañada A. Calcifilaxis. Sem Fund Es Reumatol [Internet]. 2009 [citado el 5 de enero de 2022];10(4):124–7. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-calcifilaxis-183>.

Capítulo 39

SÍNDROME DEL BOURNOUT EN ENFERMERÍA

VIOLETA SIMARRO MARTÍNEZ

CRISTINA MIRANZO HIGUERAS

LUIS LARROY ALARCON

MIGUEL PÉREZ GARCÍA-CONSUEGRA

PAULA JIMÉNEZ GUISADO

1 Introducción

En el ámbito laboral, las respuestas al estrés son variables moderadoras entre el estrés y las consecuencias de este a largo plazo.

El síndrome de Burnout es el paso intermedio entre la relación estrés-consecuencias, de manera que, si el estrés laboral se prolonga en el tiempo, repercutirá negativamente sobre la salud del profesional.

Dentro del ámbito sanitario, una elevada tasa de estrés puede llegar a desencadenar múltiples consecuencias negativas, destacando alteraciones psicosomáticas (cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlceras, insomnio, mareos, vértigos, etc.) que afectan al ámbito organizacional en aspectos como la disminución de la calidad asistencial, rotación no deseada, absentismo laboral, bajo rendimiento y agotamiento emocional, entre otros.

Para abordarlo y llegar a disminuir de esta forma el fracaso profesional y empeoramiento de las relaciones con los pacientes y sus familiares, se pueden emplear

diversas estrategias de afrontamiento. En el caso de la enfermería, la despersonalización nunca debería ser una estrategia de afrontamiento del estrés. El rol laboral, prescribe no adoptar actitudes cínicas, deshumanizadas, impersonales, o de indiferencia hacia los pacientes, adquiriendo una actitud empática y trato humanitario, con el fin de suplir el dolor por actos y cuidados que ayuden a una pronta recuperación de la persona.

En cuanto a los antecedentes del síndrome de Burnout, se encuentra el estrés crónico que sufren los profesionales que se dedican a la prestación de servicios, como en este caso.

“El estrés en esta profesión está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc”. (Gil-Monte 2003: 26).

En el siguiente trabajo, se han elegido múltiples artículos tratando como tema principal, el burnout, abordándolo desde diversas perspectivas diferentes. A través de estos, se han analizado cada uno de los factores y consecuencias relacionados con este síndrome, proponiendo, desde múltiples ámbitos de actuación, métodos para lograr reducirlo, logrando de esta manera, un ámbito de trabajo más llevadero desde el ámbito profesional, personal y social.

2 Objetivos

1. Hacer una revisión sobre la existencia del síndrome del Burnout en la profesión enfermera..
2. Indicar los daños y repercusiones secundarias de este síndrome, resaltando la importancia de su divulgación y prevención .

3 Metodología

Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica exhaustiva (Pubmed, Google Académico, Biblioteca Cochrane, iLo. Org, Mendline, Lilac), para llevar a cabo la investigación de la influencia de los distintos turnos de trabajo y como estos afectan a la vida y el desempeño de las funciones diarias de distintos profesionales de la salud.

Tras una exhaustiva lectura de los textos completos de 130 artículos previamente seleccionados, se inició la exclusión de aquellos que no eran significativos estadísticamente, no cumpliendo con el idioma requerido, con la fecha establecida o con un tema que discernía. Finalmente, se seleccionaron tres artículos

4 Resultados

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana hasta tal punto que puede considerarse como «el malestar de nuestra civilización», afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva.

Según Maslach y Jackson se puede llegar a desencadenar, un fracaso dentro de los mecanismos compensatorios de adaptación, junto con signos de ansiedad y estrés (Amelsvoort, 2004).

En el siguiente trabajo, se han elegido múltiples escritos, a través de los cuales, se analizan cada una de los factores y consecuencias relacionados con este síndrome, proponiendo, desde múltiples ámbitos de actuación, métodos para lograr disminuirlo, logrando de esta forma, un ámbito de trabajo adecuado desde el ámbito profesional, personal y social, siempre, desde el punto de vista práctico.

Para poder llegar a una resolución, previamente es necesario basarse en una base teórica desde distintos planos de actuación, cuatro para mayor exactitud.

La resiliencia, se define por la Real Academia Española (Rae), como la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos. Una bajada de dicho nivel, es una de las principales consecuencias de este síndrome.

Con el fin de plasmar como inciden y se relacionan ambos factores, se expone un estudio de cohortes transversal (Hylton et al. 2015), cuyo objetivo, es identificar con base en la presencia de un grado bajo de resiliencia del síndrome de Burnout en profesionales de la enfermería 114 presentes en la rama de pediatría, neonatos, oncología y unidad de cuidados críticos (UCI) ,relacionando el mencionado síndrome, con estresores comprendidos en la Escala del estrés de enfermería (NSS por sus siglas en inglés) , utilizando como método de medida el inventario de Maslach Burnout Inventory ,(Subescala de: Cansancio Emocional; Despersonalización ; Realización personal).

Un año previo a la realización de dicho estudio, se llevó a cabo un muestro probabilístico transversal en 33 enfermeras de UCI, donde pretendió determinar el nivel de resiliencia en relación con el cansancio emocional, realización personal y despersonalización con cada uno de los nueve factores, que miden la presencia

de estresores en la escala NSS (Mealer et al, 2014).

Otra de las principales consecuencias de dicho bajo nivel de resiliencia e insatisfacción personal, es la fatiga por compasión. Para analizarla, se realizó un estudio descriptivo (Potter et al, 2013), compuesto por una muestra de 13 enfermeras servicio de oncología en el Jewish Hospital (Missouri). En él, se proponía un programa de intervención centrado en la fatiga por compasión mediante 5 sesiones de 90 minutos durante 5 semanas. Se obtuvieron resultados muy positivos, tomándose la iniciativa de adoptarlo a nivel organizacional del hospital, con la necesidad de fomentar el crecimiento profesional en cada uno de ellos.

A partir del siguiente estudio de carácter cuasi-experimental, se pretende estudiar la influencia de los distintos tipos de terapias cognitivo conductuales, dirigidas a tratar el estrés laboral, actuando sobre el nivel de ansiedad, depresión y sobre cada uno de los factores que desencadena el burnout. Todo ello, realizando actividades individuales y grupales en un clima de montaña. Las bases empíricas de esta terapia, se basan en las indicaciones de Cancio López y García Llana .

El tratamiento del desgaste emocional en profesionales de oncología, debe estar compuesto por actividades para potenciar herramientas de trabajo a nivel individual, como cogniciones, reacciones fisiológicas, conductas y valores), interpersonal (utilización del consueiling, como herramienta comunicativa que promueve la empatía, aceptación y autenticidad) y colectivo (promoviendo el trabajo en equipo). Se seleccionó a los miembros del grupo experimental, con el fin de poder registrar el nivel de estrés inicial y después poder compararlo, se les realizó un pre-test, basado en el Maslach Burnout Inventory), donde se registran información sociodemográfica, motivacionales, recursos necesarios para el trabajo, motivo por el que se solicita el taller y los aspectos que consideran que deben de ser tratados en él.

El estudio se dividió en cuatro etapas. En ellas, se observó un descenso de los niveles de desgaste profesional y del estrés. (Vázquez-Ortiz et al, 2012).

En varias ocasiones los profesionales sanitarios, se ven obligados a ampliar sus turnos de trabajo(Fukuda et al , 1999).

Entre los distintos factores de riesgo asociados a la mala praxis, identificamos entre ellos los factores ambientales, culturales y personales (Pines et al, 1995), la salud física y mental, el rendimiento y la productividad de los profesionales a la hora de prestar cuidados de manera eficiente.

Por tanto, a largo plazo, el esfuerzo continuo y constante de intentar abastecer las peticiones que se demandan implica un desgaste físico y mental que contribuye al agravamiento del Síndrome de Burnout.

El primer análisis de este suceso, se dio en 1999. Para ello, se realizó un estudio de casos y controles. Se seleccionó grupos de 20 enfermeras, con el fin de evaluar los problemas con la variabilidad de turnos de trabajo (8-16 h) y el agravamiento de la turnicidad en su estado emocional. Teniendo en cuenta que los turnos nocturnos atacan en mayor medida al rendimiento y al estado de alerta que los turnos diurnos, y que además se dan alteraciones cardiovasculares (arritmias), estado de ánimo negativo, estrés crónico, alteraciones del sueño (menos periodos REM), alteraciones gastrointestinales, abortos, efectos psiconeuróticos y músculo esqueléticos, no se deben de encontrar discrepancias ante la prevalencia en auge del consumo de medicación para paliar el insomnio y otras patologías de mayor riesgo, tales como alteraciones cardiovasculares o cáncer de mama (Fukuda et al, 1999).

En otro estudio realizado en Madrid sobre la prevalencia y factores asociados al Burnout, se observó que el mayor porcentaje de la muestra presentaba alteraciones físicas o psíquicas en relación a su profesión, mientras que la minoría manifestaba alto grado de cansancio emocional, sobre todo en varones (Caballero Martín, 2001). Igualmente, se observa una mayor tasa de accidentes automovilísticos en aquellos médicos residentes que trabajan 24 horas o más (Lockley et al, 2006). A pesar de la reactivación en las últimas horas de la guardia, el número de turnos nocturnos consecutivos afectaría al rendimiento considerablemente (Smith-Coggins et al, 1997).

El cuarto y último estudio seleccionado, se realizó en 2009, con una muestra de 34 médicos, seleccionados a partir de la prueba Pupillographic Somnolencia (PST) y junto con una escala sugestiva en la primera mitad del día, se dedica a analizar la seguridad a la que se expone a los profesionales y a los pacientes después de turnos de 24 horas (Wilhelm et al, 2009). Se pudo apreciar, como se plasma en los resultados, una reducción en la seguridad de los trabajadores del turno nocturno, frente a los pacientes en relación al cuidado y su propia seguridad, al conducir de regreso a casa (Wilhelm et al, 2009).

Así pues, hay que tener en cuenta que la ansiedad y el estrés son dos factores que pueden agravar este síndrome y que deben solventarse para poder reducirlo y mejorar así la salud y el ámbito laboral de todos los profesionales sanitarios.

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con una muestra de 140 profesionales en los que se pretendía determinar la relación entre el cansancio emocional, realización personal y despersonalización con factores estresores, medidos mediante la escala NSS perteneciente al inventario de Maslach.

Se obtuvo, por tanto, una correlación del, cansancio emocional y la desperson-

alización con múltiples estresores: turnos irregulares, muerte, carga de trabajo, problemas jerárquicos o entre personal, preparación insuficiente, incertidumbre respecto al tratamiento.

Finalmente se evaluaron programas de intervención para combatir la resiliencia y la ansiedad en relación con este síndrome.

Se muestra una evidencia fundamentada en la investigación, la cual habla de la incidencia de burnout en distintos servicios del hospital, dicha investigación, indica que hay una gran incidencia en oncología de estrés crónico y desgaste profesional respecto a otras áreas, como AP o UCI, potenciando así la elevación del no de bajas dentro del servicio.

Esta incidencia fue desencadenada por el esfuerzo emocional en la atención y la falta de habilidades comunicativas. El desgaste emocional de los profesionales de oncología, no se puede tratar con una terapia simple, sino que debe ser de carácter multidisciplinar.

Los resultados presentes en las entrevistas, muestran que muchas de las personas pertenecientes al grupo experimental presentaban altos niveles de estrés y ansiedad durante el último año, acompañados por mala comunicación dentro del ámbito de trabajo. Esto se complementaba con trastornos de sueño, dolor de cabeza, alteraciones gastrointestinales y dolor muscular. Dentro del grupo control, los niveles de burnout eran menores que en el experimental, con menos cansancio emocional y más realización personal (Vázquez-Ortiz et al, 2012).

8

Para llevar a cabo el tratamiento, este se compone de actividades para potenciar el trabajo a nivel individual, interpersonal (utilizando el counselling, como herramienta comunicativa) y colectivo (promoviendo el trabajo en equipo).

En un estudio cuasi-experimental se analizó la influencia de distintos tipos de terapias cognitivo- conductuales, dirigidas a tratar el estrés laboral, actuando sobre el nivel de ansiedad, y cada uno de los factores que desencadena el burnout. Para llevarlo a cabo se realizó un test en el MBI, donde se registra información sociodemográfica, recursos necesarios para el trabajo.

El grupo experimental presentaba altos niveles de estrés y ansiedad, mala comunicación en el trabajo, trastornos de sueño, dolor de cabeza, alteraciones gastrointestinales y dolor muscular. Sin embargo, en el grupo control, los niveles de burnout eran menores que en el experimental, con menos cansancio emocional y más realización personal (Vázquez-Ortiz et al, 2012).

Este estudio se repitió un año después, observando un ligero aumento de estrés y ansiedad, además de un descenso dentro de los niveles de despersonalización. Lo cual quiere decir que necesitaría de un refuerzo a nivel grupal (Vázquez-Ortiz

et al,2012).

En el ámbito oncológico se producen situaciones que llevan a aumentar los niveles de ansiedad, estrés e inseguridad en la toma de decisiones, como, estar con el paciente ayudándole a afrontar su enfermedad y realizando escucha activa tanto al paciente como a la familia.

A través de múltiples investigaciones y evidencias empíricas, se señala una gran incidencia de baja realización personal, prioritaria la enfermería oncológica con respecto a otras como pueden ser atención primaria o UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), incrementando las bajas profesionales dentro del propio servicio (Mealer et al, 2014).

Esto se debe a una falta de actos comunicativos por lo que debería considerarse la realización de ejercicios prácticos para promover la comunicación. Por todo ello, es importante aclarar que el desgaste emocional de los profesionales de oncología, no se puede tratar con una terapia simple, sino que debe ser de carácter multidisciplinar. (Vázquez-Ortiz et al,2012).

Cabe destacar la repercusión del Burnout dentro de guardias nocturnas realizadas afectando, al desempeño del trabajo en el ámbito laboral y en diferentes ámbitos de la vida de los profesionales. Según Maslach y Jackson se puede llegar a desencadenar, un fracaso dentro de los mecanismos de adaptación, ante situaciones laborales, debido al estrés sostenido, afectando a la salud física y mental de los profesionales sanitarios, llegando a causarles burnout, además de ansiedad y estrés (Amelsvoort, 2004).

En diversas ocasiones los profesionales sanitarios, se ven obligados a ampliar sus turnos de trabajo para suplir las exigencias de cuidados de los pacientes, desencadenando una serie de consecuencias negativas en la vida de éstos, tales como la alteración del rendimiento laboral, alteración del ritmo circadiano y déficit de descanso físico, el ausentismo, además de alteraciones en el bienestar.

Entre los distintos factores de riesgo asociados a la mala praxis y que afectan a la vida profesional, identificamos entre ellos los factores ambientales, culturales y personales

9

(Pines et al, 1995), la salud física y mental, el rendimiento y la productividad de los profesionales a la hora de prestar cuidados de manera eficiente. Sin embargo, esto no es posible debido al riesgo de imprudencia, proporcional a los turnos prolongados y al desgaste laboral crónico.

Por tanto, a largo plazo, el esfuerzo continuo y constante de intentar abastecer las peticiones que se demandan implica un desgaste físico y mental que contribuye al agravamiento del Síndrome de Burnout.

En cuanto a la afectación de estos problemas, cabe destacar que en personal de enfermería es uno de los sectores más damnificados, seguido de médicos residentes, no residentes y auxiliares. Asimismo, las áreas más afectadas fueron urgencias, cuidados intensivos y finalmente, cuidados paliativos, siendo mayor la prevalencia en el ámbito público que en el privado (Casado Maragón et al, 2005)

Para demostrar la influencia de los turnos de trabajo y las guardias en la aparición y /o agravamiento del burnout, se realizó un estudio en el cual se tomó una muestra de cuarenta médicos, evaluados durante un día, concluyendo que los turnos nocturnos conllevan un gran riesgo de enfermedad cardiovascular (alteración de TA, aumento de la presión sistólica (PAS)). Se manifestó un aumento considerado de la presión arterial diastólica (PAD) durante el tiempo de sueño (Rauchenzauner et al, 2009).

En este, se demostró que los profesionales que sentían carencia de reconocimiento, obtenían puntuaciones muy bajas en el registro de Burnout el cual contaba con 3 dimensiones esenciales que presentaban las puntuaciones más altas (cansancio emocional, despersonalización, realización personal).

Además se llevó a cabo otro estudio, sobre la prevalencia y factores asociados al Burnout, concluyendo que el mayor porcentaje de la muestra presentaba alteraciones físicas o psíquicas en relación a su profesión, mientras que la minoría manifestaba alto grado de cansancio emocional, sobre todo en varones (Caballero Martín, 2001).

En todos ellos, caben destacar una serie de confluencias: se puede observar un claro sentimiento de resiliencia, con una correlación del, cansancio emocional ligado a un sentimiento de estrés y agitación en múltiples situaciones, entre las que cabe destacar: La existencia de turnos irregulares, muerte y sufrimiento, carga de trabajo, incertidumbre respecto el tratamiento, problemas con la jerarquía, preparación insuficiente, problemas entre el personal enfermero y pasar temporalmente a otros servicios por falta de personal. El síntoma de despersonalización se encuentra agravado: por la incertidumbre respecto el tratamiento, preparación insuficiente y problemas entre el personal de enfermería.

Se puede apreciar, una reducción en la seguridad de los trabajadores del turno nocturno, frente a los pacientes en relación al cuidado y su propia seguridad (Wilhelm et al, 2009).

En avanzadas horas de la madrugada los niveles de trabajo y rendimiento, van disminuyendo de forma potencial (Kuhn, 2001). Así mismo, los aumentos progresivos de la ansiedad en el trabajador, pueden afectar a las funciones cognitivas de este. (Saricaoglu et al, 2005).

Finalmente, se ha demostrado que la reducción de errores sanitarios es posible gracias a la reducción de horas laborales. Por tanto, se establecen medidas para favorecer el descanso entre jornadas (siestas, café, mejorar la luz artificial, ambiente tranquilo, comidas ligeras, ...) e implantar lugares para descansar tras el fin de jornada laboral nocturna con el fin de evitar accidentes de tráfico.

Se realizó un estudio transversal, mediante un cuestionario basado en el MBI, compuesto por información sociodemográfica, laboral e institucional y con una muestra de 622 profesionales agrupados en 3 grupos por grado de satisfacción laboral.

Se obtuvieron datos más significativos de cansancio emocional y despersonalización, dentro del género femenino, los casados tuvieron las puntuaciones más altas en cansancio emocional y las puntuaciones más altas de Burnout se encontraban en los profesionales que trabajaban en turno de tarde o rotatorios.

Por ello, se puede concluir que los profesionales con un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo son los que mayor burnout presentaban en el cuestionario (Albaladejo et al 2004).

5 Discusión-Conclusión

Vista la relación entre diversos factores y el síndrome de Burnout, así como la importancia que tiene en el día a día tanto para los profesionales de enfermería como para la sociedad, para concluir, volver a remarcar la influencia de los turnos rotatorios y las guardias nocturnas sobre la salud de los profesionales. Esta cursa con una repercusión negativa en muchos aspectos de la vida diaria y la salud física y mental de cada uno de ellos, independientemente del lugar o del servicio donde desempeñen su labor.

Por todo ello, se considera un factor indispensable, la necesidad de que los gerentes sanitarios actúen sobre aquellos factores asociados con el desgaste para, de esa manera, poder prevenir el avance de Burnout entre los trabajadores, potenciando la motivación en cada uno de ellos, emoción que se plasma en el trato con los pacientes y con el resto de personal presente, estableciéndose una mejora en el trato, la atención y la comunicación con el entorno.

6 Bibliografía

Vázquez-Ortiz, Jerónima., Vázquez-Ramos, Ma Jesús., Álvarez-Serrano, Marta., Reyes-Alcaide, María., Martínez-Domingo, Rosario., Nadal-Delgado, Marta.,

Cruzado, Juan Antonio. (2012). “Intervención psicoterapéutica grupal intensiva realizada en un entorno natural para el tratamiento del burnout en un equipo de enfermería oncológica”, 9 (1): 161-182.

Sierra, Juan Carlos., Ortega , Virgilio., Zubeidat, Ihab (2003). “Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar” (2003),pp.10-59

Monte-Gil., R., Pedro. (2003): “El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Bournout) en profesionales de enfermería”, pp. 19-33.

Gutierrez, Blanca., Arias-Herrera, J.J.(2018): ”Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España”.

Racionero-Torre, Cristina. (2016) :”Estrategias de intervención en profesionales de enfermería con síndrome de Burnout”

Albaladejo, Romana., Villanueva, Rosa., Ortega, Paloma., Astasio. P., Calle. ME y Domínguez, V. (2004). “Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid”, 78: 505-516.

Capítulo 40

TRASPLANTE HEPÁTICO

MARÍA ARANGUREN SESMA

LUISA IRIBARREN LOPEZ

MARIA SALVATIERRA SALVATIERRA

SILVIA RODRIGO GARCIA

AINHOA SOLA ONECA

1 Introducción

Según la Organización Nacional de Trasplantes un trasplante es sustituir un órgano o tejido enfermo por otro que funcione adecuadamente. Hoy en día constituye una técnica médica muy desarrollada que logra magníficos resultados para los receptores. No obstante, necesita obligatoriamente la existencia de donantes. Sin la solidaridad de los donantes no hay trasplantes.

El trasplante hepático es la alternativa terapéutica de elección para pacientes con enfermedad hepática crónica que no responden a otro tipo de tratamiento. La enfermedad hepática enólica es una de las principales causas de enfermedad hepática crónica y representa el 50% de las muertes por enfermedad hepática en fase terminal en los países occidentales. El hígado es el órgano noble por excelencia, el auténtico órgano de la vida. Además, el hígado es como órgano, tremendamente más complejo que el corazón o el riñón. Su trasplante es mucho más trabajoso y complicado que el cardíaco pero con menos literatura. Es el trasplante que requiere un equipo multidisciplinario más numeroso y mejor conjuntado.

En los treinta últimos años se han llevado a cabo más de 20000 trasplantes hepáticos convirtiéndose así en la opción terapéutica más efectiva en el tratamiento de la enfermedad hepática irreversible aguda o crónica.

Cada día hay más personas que necesitan ser trasplantadas para seguir viviendo. Aproximadamente el 10% de los receptores fallecen mientras esperan recibir un órgano.

Este tipo de procedimientos evidentemente alargan la vida. Pero sobre todo, añaden vida a los años. El modelo español de funcionamiento de los trasplantes es considerado mundialmente un ejemplo a imitar, que de hecho se está implantando en gran parte del mundo. Por todo ello, es muy importante fomentar los trasplantes y todo lo que conllevan.

2 Objetivos

- Exponer un caso clínico de un trasplante , su paso por quirófano y el plan de cuidados a su llegada a la unidad de cuidados intensivo
- Identificar qué actuaciones y actividades de enfermería que se pueden llevar a cabo en un postoperatorio inmediato de un trasplante hepático

3 Caso clínico

Caso clínico

Varón de 54 años

Peso: 57kg Talla: 162cm IMC: 21.7kg/m²

Ingresa en UCI para cuidados postoperatorios de trasplante hepático.

Motivo trasplante: recidiva de cirrosis hepática 2ª a colangitis biliar primaria sobre hígado trasplantado en 2003

Antecedentes personales:

2003: Tx hepático por cirrosis 2ª a colangitis biliar primaria

- Pancitopenia 2ª a hiperesplenismo. Anemización adicional r/c pérdidas digestivas
- IRC estadio III (2ª toxicidad Tacrolimus)
- DM postrasplante
- Osteoporosis

- Trastorno adaptativo: ansiedad y depresión
- Hiperuricemia asintomática

•No alergias conocidas. No hábitos tóxicos

Medicación habitual:

- Pantoprazol 40 mg: 1 comp desayuno y cena
- Advagraf 1 mg: 1 comp a las 8.00h
- Spiraxin 200 mg: 1 comp desayuno y cena
- Ursobilane 500 mg: 1 cap en desayuno y cena.
- Aldactone 25 mg: 1 comp en el desayuno.
- Dilutol 5 mg: 1 comprimido en el desayuno.
- Gutron 5mg: 1/2 comp con el desayuno, comida y cena.
- Repaglinida 0.5 MG: 1 comp en la comida y 2 con la cena
- Linagliptina 5 mg: 1 comp con el desayuno.
- Insulina NPH: 10 ui en el desayuno
- Fenofibrato 250 mg: 1 comp diario con la cena.
- Alopurinol 300 mg: 1/2 comp con el desayuno.
- Fisiogen en ferro forte:: 1 comp en la cena.
- Duphalac para 2-3 dps diarias

Enfermedad actual:

- Tx hepático (2003) por cirrosis hepática 2ª a colangitis biliar primaria.
- Recidiva de la enfermedad en el injerto hepático
 - Mínima alteración de enzimas hepáticos
 - Aumento de rigidez hepática. (Child Pugh B7, MELD Na 18)*
 - Signos de HT portal (esplenomegalia, varices esofágicas, gastropatía).
 - Trombosis portal parcial a nivel del hilio hepático sin tto anticoagulante por trombopenia.

Múltiples ingresos recientes:

- Gastroenteritis aguda viral con acidosis metabólica. (2017)
- Hemorragias digestivas altas (gastropatía, varices y Mallory-Weiss)con colocación de clips. (2017)
- Shock séptico por bacteriemia sin foco. (2017)

- Hemorragia post-paracentesis evacuadora con inestabilidad HMDC
 - Embolización de arteria epigástrica inferior.
 - IRA sobre IRC AKI 3.
- Múltiples ingresos por encefalopatía hepática e intoxicación por Tacrolimus con empeoramiento de función renal en relación con deshidratación. (2017)

Procedimiento anestésico:

2.1 Procedimiento anestésico:

- Duración: >10h
- Tipo de Anestesia: General intubada. TET n°8.
- Antibiótico:
 - Ceftriaxona 2g+1g.
 - Metronidazol 1500mg+500mg.
- Inducción de secuencia rápida (anectine+propofol+fentanilo) sin incidencias.
- Intubación: Moderada por dientes prominentes. Laringoscopia 2B. Uso de: Fidor.
- Fluidoterapia:
 - Cristaloides: 1000 mL;
 - Coloides: 200 mL.
- Pérdidas hemáticas estimadas: 15000 mL.
- Diuresis intraoperatoria: 850 mL
- Vías venosas periféricas: 20 G ESD + 7F ESI.
- Vía venosa central: bilumen VYID + Introductor 8.5F VYID.
- Vía arterial: 20 G radial izda.

Eventos intraoperatorios:

1. Hemorragia masiva → transfusión masiva de 27 CH, 7900mL PFC, 4 pool de plaquetas, 13g Fibrinógeno, 1500 UI Octaplex, 2000mg Amchafibrin.
 2. Al inicio de la hemorragia episodio de hipoTA 42/23mmHg) que requiere NA, adrenalina, fenilefrina e inotrópico con dobutamina.
 3. Hiperglucemia mantenida a pesar de PC de Insulina.
 4. TS mantenida que responde parcialmente a volumen y betabloqueantes.
 5. Diuresis mantenida forzada con furosemida
- Sube a uci intubado

INGRESO EN LA UCI

Recepción del paciente en la UCI

●Cambio de respirador: (valores indicados por el anestesista) VC: FiO2 50%, FC 15, PEEP 5 y VT 500

●Monitorización del paciente:

○ECG, PA invasiva, pulsioxímetro y temperatura

○Conexión de PC de Remifentanilo (2mg/50 ml SF) a 35 ml/h y Aprostadil (500 ngr/500 ml SF)

○Vaciado de la diuresis total de la sonda

●Asegurar:

○Vías

○Sondajes

○Dispositivos

○Drenajes

Elevación de la cabecera 30°

●Sujeción de las manos con muñequeras

●Colocación de manta de calor si fuera necesario

●Realización de EAB, analítica y placa de tórax

●Visita de los familiares al paciente. Explicarles el funcionamiento de la UCI (horarios, teléfono...). Asegurarse que han sido informados de cómo ha ido la cirugía.

●Colocación de medias elásticas si no hay contraindicación

Exploración Física

1.Valoración neurológica del paciente conciencia y movilidad:

○Nivel de sedación

○Valoración de las pupilas

○Conexión con el paciente - Obedece órdenes

○Movilización de las EE

2.Sistema respiratorio:

○Sujeción y numeración de TET

○Adaptación al respirador

○Saturación, FR y Patrón respiratorio

○Auscultación pulmonar

3.Sistema circulatorio:

○Constantes Vitales (FC, TA, PVC, ECG)

○Asegurar vías invasivas (arteria, CVC y dos periféricas), drenajes (cantidad y características de débito), valores de analítica

4.Sistema urinario:

○Sonda vesical (sujeción), cantidad y características de diuresis

5.Valoración de la perfusión tisular:

○Coloración

○Temperatura

○Llenado capilar

○Pulsos pedios.

6.Valoración de la piel:

○Coloración (ictericia)

○Presencia de edemas

○Hidratación

○Integridad

○Herida quirúrgica

S^a neurológico (Llegada a UCI)

Valoración neurologica

•Conciencia:

•Nivel de sedación: se conecta con él

•Pupilas: Isocóricas, reactivas, 2R

•Movilidad: Moviliza las 4 EE

Cuidados neurológicos

•Manejo de sedación: PC de Ultiva a 15ml/h. BIS (interpretación de valores)

•Control del dolor con analgesia pautada: Paracetamol 1gr c/8h, Morfina PRN

•Orientar al paciente en lugar, tiempo y espacio

•Evitar sobreestimulación

Sistema respiratorio

Valoración

•Patrón respiratorio: normal, adaptado al respirador VC:FiO₂ 50% FR 15 PEEP 5 VT 450

•TET: PVC, N° 8, comisura 21, sujeto con Foam, con balón y sin aspiración sub-glótica

•Secreciones: escasas, espesas y blancas

•Radiología: Normal, no derrames

Cuidados

•Vigilancia de la saturación y PaFi

•Auscultación: hipoventilación basal

- Elevación de cabecera 30-45°
- Aspiración de secreciones
- Lavado de boca
- Cambio de lado del tubo
- Cambio de sujeción
- Hidratación de labios y ojos

S^a circulatorio

Valoración

- ECG: TS 110 lpm
- HMDC estable: normotenso 105/57 (70), apirético, PVC 5
- Perfusión tisular periférica: relleno capilar lento, coloración y t^a normal
- Pulsos en EEII: débiles
- CVC bilumen
- VP: 20 G ESD
- VP: 7 F ESI
- Catéter arterial: 20 G ESI (radial)
- Swan Ganz

Cuidados

- Vigilancia de TA: valorar vasoactivos por OM si requiere
- Vigilar signos de sangrado
- Vigilancia de valores analíticos
- Valorar signos de flebitis
- Cambio de gotero de medicación y FDT
- Vigilancia de débito de drenaje, cantidad, aspecto
- Profilaxis TVP: medias elásticas e Hibor (preguntar 1^a dosis)

S^a Nefrouinario

Valoración

- Eliminación urinaria: Oliguria y diuresis concentrada. SV látex nº 14
- Síntomas urinarios: ausencia
- Genitales: normales

Cuidados

- Control de diuresis horaria
- Características de diuresis
- Fijación de SV
- Cambio de receptal (PRN)
- Balance hídrico

- Valoración de la función renal: analítica

S^a Gastrointestinal

Valoración

- Abdomen: Globuloso, doloroso a la palpación. Peristaltismo disminuido. Percusión normal. Ascitis moderada
- Nutrición: SNG levin con aspiración suave. Dieta 00.
- Aspecto físico normal y ausencia de síntomas digestivos
- Fluidoterapia: glucosa al 10%

Cuidados

- Palpación y percusión del abdomen
- Auscultación de ruidos intestinales
- Mediciones de PIA (12)
- Control de glucemias horarias + PC de Actrapid según DXT.
- Control de náuseas y vómitos (Zofran PRN)
- Konakion 10 mg c/24 horas

S^a Tegumentario ración

- Piel: Piel seca e íntegra (excepto HQ) coloración y temperatura normal. No ictericia.
- No presenta edemas
- Herida quirúrgica: (en abdomen) Apósitos limpios.

Cuidados

- Aplicación de crema y ácidos grasos.
- Cambios posturales c/ 2 horas.
- Manta de aire caliente según temperatura.

S^a Músculo-esquelético

Valoración

- Tono muscular: normal
- Fuerza normal
- Limitación funcional: no limitación

Cuidados

- Cabecera 30-45°.
- Movilizaciones pasivas
- Cambios posturales c/ 2 horas

- Riesgo moderado de UPP (Braden)
- Escala MRC no valorable

S^a Sensorio

Valoración

- Ojos normales. No ictericia.
- Cavidad oral normal. No prótesis. Escala Walt (labios íntegros, lengua seca, encías y paladar íntegros, residuos localizados y saliva espesa) 13/18
- Nariz normal
- Oído normal

Cuidados

- Hidratación de ojos y lavado con SF
- Higiene bucal (oraldine + aspiración de secreciones orofaríngeas)
- Hidratación de labios

Valoración hematológica:

Valoración

- Piel: No presencia de hematomas
- Valoración de la perfusión tisular r/c riesgo de trombos. Buena perfusión tisular.

Cuidados

- Anticoagulación preventiva si precisa según OM
- Control de valores analíticos
- Trasfusiones PRN

4 Discusión-Conclusión

Los avances quirúrgicos, inmunológicos y el manejo de las complicaciones post-operatorias en la unidad de cuidados críticos, por parte del equipo multidisciplinar, permite mejorar la supervivencia de los pacientes tras el trasplante y reducir las estancias en los hospitales. La adecuada aplicación del proceso enfermero mediante el desarrollo de un plan de cuidados individualizado para un paciente con trasplante hepático, permite reconocer y controlar las complicaciones que puedan surgir, mejorando la calidad de los cuidados y el estado global del paciente. El papel de la enfermera en todo este proceso es fundamental para llevar a cabo un cuidado individualizado junto al equipo multidisciplinar.

5 Bibliografía

1. Organización Nacional de Trasplantes. Dossier de actividad de trasplante hepático en España. Año 2013 [consultado 20 Oct 2019]. Disponible en: <http://www.ont.es>
2. Acosta Martínez J, Guerrero Domínguez R, López Herrera Rodríguez D, López Sánchez M. Trombosis recurrente de la arteria hepática en tres trasplantes hepáticos sobre el mismo paciente: informe de caso. Rev Col Anest. 2015;43:237-40 - Vol. 43 Núm.3 DOI: 10.1016/j.rca.2015.02.007. Disponible en: <http://www.revcolanest.com.co/es/trombosis-recurrente-arteria-hepatica-tres/articulo/S0120334715000350>
3. NANDA-NIC-NOC
4. Saffioti F et al. Tratamiento médico de la colangitis biliar primaria. 2017. Librería Cochrane

Capítulo 41

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)

IVAN POVEDA CANTERO

NATALIYA TYUKALOVA

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

JUAN EMILIO NAVARRO ROGNONI

YOLANDA MORENO PÉREZ

1 Introducción

Un procedimiento ventilatorio conocido como ventilación mecánica no invasiva (NIMV, por sus siglas en inglés) no implica traqueotomía ni intubación endotraqueal para sellar las vías respiratorias. Consiste en generar un gradiente de presión desde el acceso de la vía aérea al alvéolo a través de una interfase o mascarilla (mascarilla facial, nasal, bucal y oronasal) mediante un generador o regulador de presión. Los objetivos de la VMNI son mejorar la fisiopatología, reducir los requisitos de esfuerzo respiratorio y mejorar la disnea.

Los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda tienen un mejor pronóstico cuando se añade ventilación no invasiva (VNI) a la terapia convencional. Los roles de enfermería en la ventilación mecánica no invasiva de los pacientes nos permiten comprender esta técnica y describir sus complicaciones junto con las

medidas preventivas. La ventilación no invasiva acelera el alivio de los síntomas y la normalización de los gases en sangre, disminuye la necesidad de intubación endotraqueal y está relacionada con una tendencia a una menor mortalidad sin aumentar el riesgo de infarto de miocardio.

En las últimas décadas, el uso de equipos de ventilación mecánica no invasiva ha crecido significativamente, haciéndose más frecuente. Actualmente se utiliza de forma rutinaria en todo tipo de unidades hospitalarias y quirúrgicas, así como en urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, frente a ser una técnica que solo se utilizaba en los servicios de medicina intensiva y unidades de cuidados intensivos.

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es un tipo de tratamiento ventilatorio que no requiere sellado de la vía aérea por intubación endotraqueal o cánula de traqueostomía. Consiste en crear un gradiente de presión, mediante un generador o regulador de esta, desde el acceso a la vía aérea, con respecto al alvéolo a través de una interfase o mascarilla (mascarilla facial, nasal, oral y oronasal). Los objetivos de la VMNI son: mejorar la fisiopatología, reducir el trabajo respiratorio y mejorar la disnea.

2 Objetivos

Concretar las pautas de actuación del personal de enfermería para ofrecer una buena calidad asistencial a los pacientes con ventilación mecánica no invasiva.

3 Metodología

Para realizar este capítulo, se hizo una búsqueda y una revisión bibliográfica en artículos, así como en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en el buscador principal de internet como es Google con palabras clave.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería a seguir antes de la aplicación de la ventilación mecánica no invasiva:

Antes de usar ventilación mecánica no invasiva, brinde atención de enfermería como se describe a continuación.

- Mantener abierta una estrecha línea de comunicación con el paciente, brindándole la seguridad que necesita y la información que necesita sobre el proced-

imiento a realizar, adaptada a su nivel sociocultural, para ayudarlo a sentirse menos ansioso y libre de preocupaciones y dudas. Insistir en el valor de la colaboración del paciente es crucial.

- La posición del paciente debe ser semisentada para facilitar los esfuerzos respiratorios, mejorar la ventilación (en esta posición se consigue un mayor volumen corriente) y reducir el riesgo de aspiración.
- Control y registro de signos vitales, tales como temperatura, presión arterial, saturación de oxígeno (medida por oximetría de pulso y gases sanguíneos), frecuencia respiratoria y cardíaca.
- Protección de los puntos de apoyo: Aplicación de apósitos hidrocoloides o hidrocelulares en la arcada nasal para evitar la fuga de aire a los ojos (riesgo de irritación corneal) y el desarrollo de úlceras por presión (UPP), frecuentes en tratamientos prolongados.

Se deben seguir los siguientes procedimientos de enfermería cuando se utiliza ventilación mecánica no invasiva:

- Vigile el buen funcionamiento del ventilador y sus accesorios.
- Fomentar un ambiente relajado para facilitar la adaptación del paciente/ventilador.
- Monitoreo clínico, que incluye comodidad, nivel de conciencia, estado psicológico, movimientos de la pared torácica, uso de músculos accesorios y coordinación del trabajo respiratorio con el ventilador.
- Monitoreo de signos vitales, incluyendo presión arterial, frecuencia cardíaca, respiración, saturación de oxígeno, capnometría, electrocardiograma y diuresis.
- Evitar que el dolor se manifieste proporcionando una adecuada analgesia preventiva.
- Atención grupal para orinar, alimentar e hidratar para reducir las desconexiones.
- Promover el sueño por la noche.
- Los pacientes deben someterse a reevaluaciones de rutina para monitorear su respuesta al tratamiento y optimizar los parámetros respiratorios.
- Prevenga las úlceras por presión vigilando las zonas más propensas al roce ya la presión del arnés o de la máscara, y cambiando las zonas de apoyo, si es posible.
- Vigile y cuide las alarmas sonoras o luminosas del respirador y solucione el problema informando al médico si es necesario.

Al suspender el uso de ventilación mecánica no invasiva, el personal de enfermería debe tomar las siguientes precauciones:

- Informar al paciente sobre el procedimiento que se realizará e insistir en su cooperación.

- Vigilar sus niveles de ansiedad o miedo y ayude a controlarlos.
- Estar atento a las condiciones respiratorias y hemodinámicas estables.
- Estimulación para toser y expectorar para confirmar que las vías respiratorias se han despejado de manera efectiva.
- El oxígeno se administra según las indicaciones usando una máscara o cánulas nasales.

5 Discusión-Conclusión

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) ha demostrado ser una técnica eficaz y sencilla para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria de diferentes etiologías.

Las características de los pacientes y sus procesos básicos, el acceso a los materiales adecuados, así como la experiencia y buena formación del personal que maneja la técnica, juegan un papel importante en el éxito de la ventilación mecánica no invasiva y la presencia o ausencia de complicaciones. El trabajo del personal de enfermería es fundamental para el funcionamiento eficiente de este.

Para asegurar su éxito y fomentar la tolerancia del paciente, todo el equipo que utiliza estas técnicas debe estar debidamente motivado y formado.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- Pubmed
- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-la-ventilacion-mecanica-no-invasiva-articulo-monografico/>

Capítulo 42

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE OSTOMIZADO

IVAN POVEDA CANTERO

NATALIYA TYUKALOVA

JUAN EMILIO NAVARRO ROGNONI

YOLANDA MORENO PÉREZ

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

1 Introducción

Una ostomía se define como una abertura de una víscera hueca hacia el exterior, hacia la pared abdominal, que sirve para eliminar productos de desecho del cuerpo o para introducir alimentos, medicamentos, etc. en el cuerpo humano.

Hay varios tipos de ostomía, los más comunes son la colostomía, la ileostomía o la urostomía. Son aberturas creadas en el abdomen del paciente para la salida de un órgano (íleon, colon o uréteres). Las heces o la orina deben recogerse en bolsas reutilizables que se sujetan a la piel. Cuando el estoma se realiza después del alta del paciente ostomizado, este se encuentra con algunos problemas secundarios, por lo que el proceso de adaptación lleva un tiempo. Los cuidados que las enfermeras brinden a los pacientes con ostomías y sus conocimientos les darán a estos pacientes una sensación de seguridad y los dotarán de los recursos necesarios para afrontar esta nueva etapa de sus vidas, lo que ayudará a su reinserción en la sociedad y les conducirá a una vida plena vida.

Los pacientes con uréteres obstruidos, enfermedades o condiciones que resultan en problemas severos de vejiga, cáncer de colon y recto, así como enfermedades inflamatorias del intestino como la enfermedad de Chron y la colitis ulcerosa, son las principales causas de la colocación de un estoma.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del personal de Enfermería en los cuidados de enfermería del paciente ostomizado.

3 Metodología

Para realizar este capítulo, se hizo una búsqueda y una revisión bibliográfica en artículos, así como en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en el buscador principal de internet como es Google con palabras clave.

4 Resultados

El cuidado del personal de enfermería al paciente con ostomías, es fundamental porque desde el mismo inicio del postoperatorio de la ostomía, si el paciente es independiente, debe estar capacitado para poder brindar el cuidado de la ostomía y debe ser educado para poder realizar los cuidados relacionados con la ostomía por su cuenta en su domicilio. El cuidado por parte del personal de enfermería implica:

- Mientras sostienen la piel, siempre retirarán el dispositivo de arriba hacia abajo.
- Usar papel higiénico para limpiar el resto de las heces.
- Frotar suavemente la piel con una esponja suave humedecida en agua, jabón neutro o solución salina fisiológica, luego enjuague y seque el área. Evite frotar la piel mientras hace esto.
- Examinarán el drenaje, cualquier irregularidad en la piel alrededor del estoma, el tamaño, color y apariencia de la mucosa, así como la sutura piel-mucosa del estoma.
- Inspeccionar el estoma para ver si está permeable.
- Calcular el diámetro del estoma utilizando una bolsa recortada, luego ajustar el diámetro del orificio central. Es posible que el estoma se haya encogido poco después de la intervención, por lo que deberá volver a medirlo para ajustar el diámetro que necesita.

- En estomas difíciles y atípicos, se aplicará un protector cutáneo en la piel periestomal para alisar pliegues y cicatrices.
- Comenzando desde abajo, adherir el disco alrededor del estoma.
- Colocar el disco en la bolsa.
- Calentar la placa con las manos durante un minuto para aumentar la adhesividad.
- Si el paciente tiene pelo alrededor del estoma, recortarlo en la dirección del crecimiento con una tijera, evitando en lo posible rasurarlo.
- Evitar el uso de aceites o cremas humectantes porque pueden interferir con la capacidad de adherencia del dispositivo.
- Usando la bolsa o no, puede tomar una ducha o un baño. Si no se quita la bolsa, se cubrirá el filtro.

5 Discusión-Conclusión

Con este tipo de pacientes, el personal de enfermería juega un papel crucial en la educación de los pacientes sobre sus nuevas vidas y la atención que necesitan. También necesitan apoyar a los pacientes a medida que atraviesan una transición emocional.

El papel de este tipo de enfermeros/as es muy necesario en el cuidado de pacientes ostomizados. En el cuidado de pacientes con ostomías, el papel de este tipo de enfermeros/as es crucial. Una de sus responsabilidades es brindarle a los pacientes y sus familias acceso a un experto confiable con conocimiento en el cuidado de ostomías con quien puedan construir una relación terapéutica sólida.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- Pubmed
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-ostomizado/>
- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-ostomizado/>
- http://www.congreso-enfermeria.es/libros/2013/salas/sala2/p_234.pdf

Capítulo 43

ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTE ONCOLÓGICO UROLÓGICO TRAS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y QUIMIOTERÁPICO

CARMEN ROMERO NAHARRO

LLANOS LOPEZ MORA

ELENA CANTÓ GARCÍA

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

JULIANA HORTELANO HORTELANO

1 Introducción

Se presenta el caso de un paciente varón de 61 años, sin antecedentes personales de interés, diagnosticado de un tumor vesical músculo infiltrante y renal sincrónicos. Tras el tratamiento quirúrgico de ambos tumores y el tratamiento adyuvante con quimioterapia presenta un tromboembolismo pulmonar asintomático tratado con anticoagulación.

El cáncer vesical es el séptimo tumor más común diagnosticado en hombres, siendo el décimo si se consideran los dos géneros. Aproximadamente el 75% de los pacientes diagnosticados de un tumor vesical se trata de un tumor no musculoinfiltrante (limitados a la mucosa y submucosa vesical) y su tratamiento se realiza mediante resecciones transuretrales de vejiga e instilaciones intravesicales de quimioterapia o inmunoterapia; siendo el 25% restante tumores musculoinvasivos (con afectación del músculo) y su tratamiento quirúrgico es más agresivo mediante cistectomía radical y quimioterapia.

El cáncer renal representa el 3% de todos los cánceres y es la lesión sólida más común del riñón representando el 90% de todos los tumores renales.

La incidencia absoluta de trombosis asociada a cáncer es desconocida. Entre las neoplasias malignas, el cáncer de vejiga se asocia con un riesgo 5 veces mayor de tromboembolismo venoso (TEV) en comparación con la población general, con una incidencia de 7.9 eventos por 100 años-paciente en aquellos con enfermedad metastásica. En los primeros seis meses del diagnóstico, el riesgo de TEV se ve incrementado tanto por la cirugía pélvica mayor como por el tratamiento quimioterápico sistémico, lo que se ve reflejado en el caso presentado.

2 Objetivos

Dar a conocer a partir de un caso una de las complicaciones que pueden ocurrir en el tratamiento quirúrgico y médico de la patología oncológica urológica, por los diferentes factores de riesgo en el paciente oncológico y la complejidad del manejo de estos pacientes.

3 Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 61 años sin antecedentes médicos de interés, exfumador que acude a consulta de Urología por hematuria macroscópica monosintomática intermitente sin coágulos. Se realiza una cistoscopia que evidencia de una lesión vesical en fondo vesical y citologías de orina positivas para carcinoma urotelial de alto grado.

Se realiza una resección transuretral vesical (RTUv) bajo anestesia raquídea con anatomía patológica de tumor de células uroteliales de alto grado que infiltra la muscular vesical (estadio pT2). Ante el diagnóstico de tumor vesical músculo invasivo, se solicita una tomografía axial computarizada (TAC) toraco-abdominopélvica que informa de una tumoración renal izquierda sincrónica en el polo

superior sin enfermedad metastásica a distancia. Se realiza cistectomía radical con nefrectomía radical izquierda.

En la anatomía patológica definitiva se confirma el diagnóstico de carcinoma vesical (pT3aN1M0) urotelial con metástasis ganglionares y carcinoma de células claras renales.

Se presenta el caso en el Comité de uro-oncología decidiéndose tratamiento complementario con quimioterapia adyuvante con el esquema Cisplatino 75 mg/m² más Gemcitabina 1250 mg/m² durante cuatro ciclos, pudiéndose completar únicamente tres de ellos por efectos adversos a la quimioterapia.

Durante el seguimiento se realiza un TAC de control en el que se objetiva presencia de tejido ganglionar para-aórtico inespecífico, por lo que se amplía el estudio con tomografía de emisión de positrones (PET-FDG) que no demuestra captación patológica del mismo. Además, como hallazgo incidental se observa un tromboembolismo pulmonar que afecta a las ramas superior e inferior del lóbulo derecho. El paciente no presenta ninguna clínica y se inicia tratamiento anticoagulante para disolución del mismo.

El paciente tras la correcta recuperación, tras tres años libre de enfermedad realiza una recidiva peritoneal y se produce el fallecimiento posterior del paciente.

4 Discusión-Conclusión

Presentamos un caso de un paciente con dos tumores de origen urológico sincrónicos que desarrolla un tromboembolismo pulmonar asintomático en los primeros seis meses tras tratamiento quirúrgico y quimioterápico.

Como demuestra la literatura, los pacientes oncológicos presentan un mayor riesgo de desarrollar fenómenos trombóticos por su estado de hipercoagulabilidad originando trombosis venosas profundas (TVP), tromboembolismos pulmonares (TEP) y trombosis arteriales, siendo en la mitad de los casos hallazgos incidentales y asintomáticos.

Los factores de riesgo trombóticos asociados al cáncer se deben a la expresión del factor tisular (TF) que provoca un estado de hipercoagulabilidad; así como la edad, el tabaquismo, la obesidad, la cirugía, procedimientos invasivos o la quimioterapia sistémica.

La quimioterapia neoadyuvante en el cáncer vesical ha demostrado aumentar la supervivencia, pero se ha demostrado que el cisplatino está asociado a un aumento de riesgo del 67% de desarrollar TEV.

El tratamiento de las trombosis venosas profundas en pacientes con cáncer según la evidencia científica es mediante el uso de heparinas de bajo peso molecular.

En resumen, nuestro paciente presentó un evento tromboembólico probablemente en relación con varios factores: su patología oncológica, el tratamiento quirúrgico y la quimioterapia recibida. Fue tratado satisfactoriamente con el uso de anticoagulación con buena evolución del tromboembolismo pulmonar.

5 Bibliografía

1. IARC, Estimated number of new cases in 2020, worldwide, both sexes, all ages. [Access date March 2020]. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
2. Burger, M., et al. Epidemiology and risk factors of urothelial bladder cancer. *Eur Urol*, 2013. 63: 234. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22877502/>
3. Jara-Palomares, L, et al. Tinzaparin in cancer associated thrombosis beyond 6 months: TiCAT study. *Thrombosis Research* 157 (2017) 90-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.thromres.2017.07.004>
4. Zareba, P, et al. Thromboembolism in Patients with bladder cancer: incidence, risk factors and prevention. *Bladder Cancer* 4 (2018) 139-147. DOI 10.3233/BLC170146
5. Chew HK, Wun T, Harvey D, Zhou H, White RH. Incidence of venous thromboembolism and its effect on survival among patients with common cancers. *Arch Intern Med*. 2006 Feb 27;166(4):458-64. doi: 10.1001/archinte.166.4.458. PMID: 16505267.
6. Seng S, Liu Z, Chiu SK, Proverbs-Singh T, Sonpavde G, Choueiri TK, et al. Risk of venous thromboembolism in patients with cancer treated with cisplatin: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol*. 2012;30(35): 4416-26.
7. Cheer Susan M, et al. Tinzaparina sodica. Una revisión de su farmacología y uso clínico en la profilaxis y tratamiento de la enfermedad tromboembólica. *Drugs* 2004; 64: 1479-1502
8. Palnes A, et al. Prevention of deep vein thrombosis after hip replacement: comparison between two low-molecular-weight heparins, tinzaparin and pharmacoenoxaparin. *Thromb Haemost* 1999;81:22-5.
9. Akl EA, Rohilla S, Barba M, Sperati F, Terrenato I, Muti P, Schünemann H. Anticoagulation for the initial treatment of venous thromboembolism in patients with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD006649. DOI 10.1002/14651858.CD006649.pub2.
10. Meyer G, Marjanovic Z, Valcke J, et al. Comparison of low-molecular-weight heparin and warfarin for the secondary prevention of venous thromboembolism

in patients with cancer: a randomized controlled study. Arch Intern Med. 2002;162:1729-1735.

11. Mahé I et al. Tinzaparin and enoxaparin given at prophylactic dose for eight days in medical elderly patients with impaired renal function. Thromb haemost 2007; 97; 81-586

Capítulo 44

ENFERMERÍA ANTE LA AMILOIDOSIS VESICAL Y URETERAL

CARMEN ROMERO NAHARRO

LLANOS LOPEZ MORA

ELENA CANTÓ GARCÍA

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

JULIANA HORTELANO HORTELANO

1 Introducción

La amiloidosis es el depósito extracelular de fibrillas compuestas por una variedad de proteínas. La amiloidosis localizada en el tramo urinario es infrecuente y rara vez causa hidronefrosis y fallo renal. Monge et al. revisaron 169 casos de amiloidosis localizada en el tramo genitourinario y describieron que los órganos más afectados eran vejiga (48,5%), uréter (25,4%), uretra (20,1%) y pelvis renal (5,9%). La amiloidosis puede afectar a un solo órgano o tener afectación sistémica, afectando múltiples órganos según la distribución del depósito de amiloide. La enfermedad localizada está presente en aproximadamente un 10-20% pero la mayoría se presenta en su forma sistémica.

La clasificación más frecuente de amiloidosis es en primaria y secundaria. La amiloidosis primaria localizada en uréter se presenta normalmente con hematuria macroscópica monosintomática y síntomas urinarios irritativos que simulan inflamación o neoplasia.

La amiloidosis ureteral es muy difícil de diagnosticar en el preoperatorio. Hay escasas publicaciones de pacientes con amiloidosis ureteral. Normalmente existe bajo índice de sospecha para esta entidad, y los hallazgos radiológicos son indeterminados y en ocasiones, sugestivos de procesos neoplásicos. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Es de vital importancia la sospecha adecuada y diagnóstico preoperatorio de esta entidad, ya que tiene un curso benigno y puede tratarse mediante técnicas conservadoras.

2 Objetivos

Presentar a partir de un caso clínico una causa muy rara de sintomatología del tracto urinario inferior, su diagnóstico y sus opciones de tratamiento.

3 Caso clínico

Paciente de 66 años, sin antecedentes de interés, que acude a consulta de urología por síntomas del tracto urinario inferior (STUI) y hematuria macroscópica. La exploración física no mostraba alteraciones. El hemograma, la analítica de sangre y el cultivo de orina eran normales. En la bioquímica se objetivó fallo renal, con creatinina de 2.26mg/dl y filtrado glomerular de 28ml/min. Las citologías de orina fueron negativas. En la ecografía abdominal se objetivó hidronefrosis bilateral sin lograr identificar una clara causa obstructiva. Se realizó una cistoscopia, en la que se vieron lesiones exofíticas de características probablemente tumorales, de las que se tomaron biopsias. El examen histológico mostró material proteináceo submucoso depositado en el intersticio, sobre un urotelio sano, positivo a Congo Rojo y con una apariencia verde manzana bajo luz polarizada, compatible con amiloidosis.

En la pielografía retrógrada se muestra una hidronefrosis bilateral y ambos uréteres con estenosis en el segmento más distal. La tomografía computarizada confirmó la hidronefrosis bilateral, hidrouréter proximal con obstrucción del uréter distal. La longitud de la lesión era de unos 5cm. Se decidió realizar ureteros-tomía bilateral. Durante el procedimiento, se objetivaron unos uréteres finos y rígidos. Se tomaron biopsias de las lesiones en ambos uréteres distales, que fueron diagnósticas para amiloidosis AA. Se completó el estudio mediante biopsia prostática y renal, siendo ambos tejidos normales. En este paciente, en ningún momento se ha logrado demostrar afectación sistémica por amiloidosis. Se expusieron las opciones de tratamiento posibles y el paciente se decidió por un

tratamiento más conservador, mediante catéteres ureterales bilaterales. Actualmente el paciente ha experimentado una mejoría de su función renal, con un filtrado de 45ml/min y creatinina de 1.51mg/dl. Se realizan cambios de catéteres cada 6 meses.

4 Discusión-Conclusión

El primer caso de amiloidosis ureteral fue descrito en 1937 por Lehmann. Las manifestaciones clínicas se ven determinadas por el tipo de proteína precursora, la distribución del tejido y la cantidad de sustancia amiloide depositada.

La causa de la amiloidosis ureteral primaria es desconocida, aunque se dice que puede ser resultado de inflamación recurrente de la mucosa y submucosa secundario a una cistitis crónica. La amiloidosis ureteral localizada es más frecuente en varones.

Normalmente existe bajo índice de sospecha para esta entidad, y los hallazgos radiológicos y en cistoscopia son indeterminados y sugestivos de procesos neoplásicos. El diagnóstico definitivo depende de la anatomía patológica. Debido a las características inespecíficas en las pruebas complementarias, el diagnóstico inicial suele ser de carcinoma urotelial. La amiloidosis localizada en el tramo genitourinario es infrecuente y rara vez es causa de hidronefrosis y de fallo renal.

Históricamente la amiloidosis ureteral se trataba de forma radical con nefroureterectomía. Sin embargo, si se realiza un diagnóstico preoperatorio de amiloidosis, pueden utilizarse técnicas conservadoras para preservar la función renal. La colchicina previene la síntesis de proteína AA, por lo que previene la amiloidosis renal, pero no está demostrada su eficacia en amiloidosis localizada. El tratamiento consiste en la resección de la lesión, si es posible. Algunas opciones son la resección del segmento ureteral afecto y anastomosis término-terminal, reimplante ureteral o sustitución ureteral por íleon. La amiloidosis normalmente tiene un curso clínico benigno tras el tratamiento quirúrgico y las recurrencias son infrecuentes.

5 Bibliografía

1. Sipe JD, Benson MD, Buxbaum JN, Ikeda S, Merlini G, Saraiva M and Westermark P. Nomenclature 2014: Amyloid fibril proteins and clinical classification of the amyloidosis. *Amyloid* 2014; 21: 221-224.
2. Monge M, Chauveau D, Cordonnier C, Noel LH, Presne C, Makdassi R, Jau-reguy M et al. Localized amyloidosis of the genitourinary tract: report of 5 new

- cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 2011; 90: 212
3. Kyle RA. Amyloidosis: a convoluted story. *Br J Haematol* 2001; 114:529.
 4. Xiaobo D, Xu Y, Xiaobo M, Chunxi W et al. Localized amyloidosis of the ureter: a case report and literature review. *Can Urol Assoc J* 2013;7 (11-12): e764-7.
 5. Borza T, Shah RB, Faerber GJ, et al. Localized amyloidosis of the upper urinary tract: a case series of three patients managed with reconstructive surgery of surveillance. *J Endourol* 2010; 24: 641-4.
 6. Lehmann G. Ueber örtliche Amyloidablagerung (lokales amyloid) in der Wand des Harnleiters. *Zentralbl Allg Pathol* 1937; 68: 209.
 7. Zhou F, Lee P, Zhou M, Melamend J, et al. Primary localized amyloidosis of the urinary tract frequently mimics neoplasia: a clinicopathologic analysis of 11 cases. *Am J Clin Exp Urol* 2014; 2 (1): 71-75

Capítulo 45

ENFERMERÍA ANTEPACIENTE CON CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS RENAL METASTÁSICO

CARMEN ROMERO NAHARRO

LLANOS LOPEZ MORA

ELENA CANTÓ GARCÍA

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

JULIANA HORTELANO HORTELANO

1 Introducción

El carcinoma renal presenta metástasis en un 20-30% de los casos siendo los lugares más frecuentes los pulmones (75%), los ganglios (65%), los huesos (40%), el cerebro (7%) y el hígado (25%). Las metástasis en testículos de carcinomas de renales son una entidad extremadamente rara descrita por primera vez por Bandler y Roen en 1946 y con tan solo 39 casos descritos por la literatura. Los testículos presentan una temperatura menor a la corporal, lo cual hace que sea un lugar cuyas condiciones los hacen poco idóneos para el desarrollo de metástasis. Del total de tumores testiculares, menos del 1% se deben a metástasis y son anecdóticas las metástasis de carcinoma renal. Además las células de Sertoli conforman una barrera natural de protección para los espermatozoides que a su vez dificulta el asentamiento de metástasis en los testículos. Existen 39 casos publicados

de metástasis testicular de cáncer renal siendo 26 ipsilaterales al tumor primarios, 11 contralaterales y 2 bilaterales. Se cree que la vía de diseminación más frecuente es debida al drenaje venoso a través de las venas espermatíca. De igual modo también pueden haber casos de metástasis iatrogénicas cuando se llevan a cabo nefrectomías parciales, sobre todo si presentan márgenes quirúrgicos positivos.

El carcinoma de células claras renal es una entidad relativamente frecuente en nuestro medio, que en un alto porcentaje de casos se presenta con un debut metastásico.

2 Objetivos

Presentar un caso de un carcinoma renal metastásico con metástasis testicular, una entidad poco frecuente y con pocos casos descritos en la literatura.

3 Caso clínico

El caso que presentamos en este capítulo es el de un varón de 57 años sin antecedentes medico o quirúrgicos de interés, con antecedente de carcinoma de células claras metastásico que presenta una nueva metástasis en el testículo contralateral 6 años después del diagnóstico. El paciente es valorado seis años antes en consulta por una masa renal izquierda que se confirma mediante TAC (Tomografía Axial Computarizada) como sospechosa de malignidad con afectación de la suprarrenal. Por ello es sometido a una nefrectomía radical izquierda con suprarrenalectomía ipsilateral que anatomopatologicamente se trata de un carcinoma de células claras grado histológico II T4N0M0. En controles posteriores mediante cuatro años después, se diagnostica mediante TAC de posible metástasis de 3cm en la glándula suprarrenal contralateral que posteriormente se confirma con PET/TC (Tomografía por Emisión de Positrones) con una elevada captación de la suprarrenal. Tras valoración por endocrinología previa a la cirugía por la insuficiencia suprarrenal derivada de la suprarrenalectomía, se lleva a cabo la cirugía propuesta confirmando que se trataba de un carcinoma renal metastásico. Debido a la insuficiencia suprarrenal primaria tras haber sido sometido a suprarrenalectomía bilateral comienza tratamiento sustitutivo con Hidroaltersona. Un año después, en controles mediante TAC, se evidencia una nueva masa renal esta vez en el riñón derecho sospechosa de malignidad por lo que se interviene de nefrectomía parcial derecha confirmandose que se trataba de una metástasis en el riñón contralateral. Y, al poco tiempo, es sometido a orquiectomía radical derecha por

una nueva metástasis, siendo éste un lugar muy poco frecuente de metástasis de los carcinomas renales. Tras presentar en controles posteriores metástasis pulmonares múltiples comienza recientemente con terapia dirigida (Sunitinib) sin haber podido evaluar de momento la respuesta al tratamiento.

4 Discusión-Conclusión

La edad media de presentación es entre 35 y 87 años con una media de 64 años. El tiempo de latencia de presentación de las metástasis se sitúa entre 29-34 meses tras el diagnóstico del tumor primario renal. También existen casos cuya primera manifestación es la metástasis testicular.

El diagnóstico se lleva a cabo mediante el Estadaje del carcinoma renal en caso de ser sincrónicos, y en caso de ser metacrónicos se debe realizar un TAC abdomino-pélvico en busca de más metástasis. Finalmente el diagnóstico definitivo de a metástasis se obtiene mediante l estudio anatomopatológico de la pieza de orquiectomía que confirmara que se trata de un carcinoma renal de células claras. La inmunohistoquímica mostrará positividad para PAX8 en el caso de carcinoma de células claras mientras que ene l caso de tumores de células de Sertori, cuyas características microscópicas pueden asemejarse a las carcinoma de células claras, mostrarán positividad para inhibina.

En caso de sospechar que la masa testicular es una metástasis de un carcinoma renal se debe llevar acabo una orquiectomía para la confirmación anatomopatológica. En pacientes que tras la metastasectomía no tienen evidencia de enfermedad no está recomendado el uso de terapia sistémica (inhibidores de tirosin kinasa)En caso de que la metástasis testicular sea el debut del carcinoma renal se debe llevar a cabo una nefrectomía citoreductora en pacientes con buen estado genera que no requieran de terapia sistémica o en paciente con oligometástasis cuando se ha completado el tratamiento local de la metástasis. En caso de que las metástasis del cáncer renal fueran irresecables estaría indicado ofrecer tratamiento sistémico combinado con inmunoterapia. Los regímenes de inmunoterapia se basan según el riesgo establecido por el IMDC (International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium.)

5 Bibliografía

1. C. G. Bandler and P. R. Roen, "Solitary testicular metastasis simulating primary tumor and antedating clinical hypernephroma of the kidney; report of a case," The Journal of Urology, vol. 55, no. 6, pp. 663-669, 1946

2. De Gobbi A, Mangano MS, Cova G, Lamon C, Maccatrozzo L. Testicular metastasis from renal cell carcinoma after nephrectomy and on tyrosine kinase inhibitors therapy: Case report and review. *Urologia*. 2019 May;86(2):96-98. doi:10.1177/0391560318818951.
3. Rouvinov K, Neulander EZ, Kan E, Asali M, Ariad S, Mermershtain W. Testicular Metastasis from Renal Cell Carcinoma: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Oncol*. 2017 Apr 27;10(1):388-391. doi: 10.1159/000473698.
4. Kolukcu E, Kilic S, Parlaktas BS, Deresoy FA, Atilgan D, Gumusay O, Uluocak N. Contralateral Testicular Metastasis of Renal Cell Carcinoma: A Case Report. *Eurasian J Med*. 2019 Oct;51(3):310-312. doi: 10.5152/eurasianjmed.2018.18357.
5. Moriyama S, Takeshita H, Adachi A, Arai Y, Higuchi S, Tokairin T, Chiba K, Nakagawa K, Noro A. Simultaneous bilateral testicular metastases from renal clear cell carcinoma: A case report and review of the literature. *Oncol Lett*. 2014 Apr;7(4):1273-1275. doi: 10.3892/ol.2014.1830. Epub 2014 Jan 27

Capítulo 46

LA RELACIÓN ENTRE LA ALIMENTACIÓN Y EL SUEÑO EN LA POBLACIÓN ADULTA

MIREIA CUELLA SERRES

1 Introducción

Dormir es una actividad fisiológica esencial para la función cerebral. Durante el sueño se reestablece la energía, se regula la temperatura y el metabolismo, se eliminan radicales libres y se consolida la memoria, entre otras muchas funciones. Durante el sueño se produce una disminución del nivel de conciencia, pero con la posibilidad de reaccionar a estímulos externos. El sueño está regulado por diversas sustancias y neurotransmisores estimulantes, inhibitorios o reguladores.

La calidad de vida y salud de las personas se ve relaciona de manera clara con el sueño. Para ello, se llevan a cabo estudios de calidad y cantidad del sueño mediante el análisis de la latencia, el tiempo, los despertares y la eficiencia, ya sea de manera objetiva con la polisomnografía o subjetiva mediante escalas como sería el Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI). Los trastornos del sueño interrumpen el ritmo circadiano y afectan física y psíquicamente a las personas reduciendo su salud y calidad de vida. Pueden provocar cambios hormonales, bioquímicos y cognitivos que empeoren enfermedades de base.

A la vez, todos sabemos que una dieta saludable es una manera de protegernos de las enfermedades crónicas, pero aún con el conocimiento de este concepto, hoy en día nos encontramos frente a una sociedad industrializada donde se han incrementado los alimentos procesados conllevando un cambio en el estilo de

vida y haciendo de la comida, no solo un acto fisiológico, sino un acontecimiento social. La dieta mediterránea es un ejemplo de dieta saludable, ya que es rica en ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados, antioxidantes y baja en ácidos grasos saturados y proteínas.

Encontramos diversos estudios que han analizado la relación entre la dieta y el sueño encontrando cierta asociación entre la nutrición, el metabolismo, el cerebro y los órganos digestivos. Hay algunos nutrientes que pueden afectar a la calidad del sueño, un ejemplo es la cafeína o el picante, que la empeora. En cambio, los alimentos ricos en tritófano (TRP) que ayuda a la serotonina a producir la conocida melatonina.

2 Objetivos

- General: Analizar si existe relación entre el sueño y la alimentación en personas adultas.
- Específico: Conocer los componentes que pueden beneficiar o empeorar el sueño.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos en tres bases de datos: Pubmed, EbscoHOST y ScienceDirect con las palabras clave “Dietary Patterns” “Sleep Quality” “Sleep problem” “Diet” relacionados con OR y AND.

Se incluyen todos aquellos que se ajusten a la temática, realizados en los últimos cinco años en población adulta y se excluyen los realizados en personas hospitalizadas o en residencias.

4 Resultados

Se revisan un total de 10 artículos. La gran parte son ensayos clínicos o estudios transversales.

Al analizar dichos artículos, vemos como existe relación entre una dieta variada y una mejor eficiencia en el sueño y de hecho, un estudio detecta que aquellos con peor calidad en la dieta son los que duermen muy pocas horas (≤ 5) o muchas (≥ 9).

Al realizar una ingesta alimentaria elevada con alto aporte energético, encontramos relación con una peor calidad del sueño y una latencia más larga, de hecho, un estudio detecta una peor calidad del sueño durante el invierno, ya que está asociado a una alimentación con mayor aporte energético.

Las personas que consumen muchos azúcares añadidos, cafeína y pocos lácteos tienen peor calidad del sueño. De la mano, vemos como un estudio detecta que las personas que duermen muy poco, toman pocas verduras y frutas, así como pocos cereales integrales y proteínas y en cambio, aquellos que duermen mucho consumían menos granos refinados y azúcares añadidos. Posteriormente, se ha detectado en otro estudio que incrementando el consumo de tres porciones de verduras o frutas hay más posibilidades de mejorar el insomnio.

A nivel de alimentos específicos, encontramos un estudio que analiza el tomate al ser muy rico en melatonina y detecta una mejora en la calidad del sueño, así como un incremento en la concentración de melatonina en la orina, que nos muestra que posiblemente esta mejoría es debida al consumo del tomate. Otro alimento interesante es la cereza ácida por su alto contenido en melatonina. En un estudio que analizaron el sueño con medidas objetivas (polisomnografía) detectaron un incremento de casi una hora y media en la duración del sueño al tomar zumo de cereza.

Aquellas personas con bajo consumo de micronutrientes (vitaminas del grupo B y D, sodio, magnesio, hierro, potasio y zinc) tienen una eficiencia del sueño menor.

La serotonina y la melatonina son metabolitos del triptófano que está involucrado en el sueño. Su biodisponibilidad puede disminuir ante diferentes estresores e inflamaciones. Los alimentos que contiene más triptófano en general son aquellos de origen animal con proteína de suero de la leche de la vaca, así como algunos vegetales como las nueces. Encontramos varios estudios que relacionan el sueño con el consumo de lácteos por su alto contenido en triptófano detectando que una dieta baja en lácteos puede conllevar peor calidad y mayor latencia, así como un sueño más duradero al tomar más lácteos.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados orientan hacia la importancia de las dietas variadas y saludables para mejorar el sueño de las personas adultas. Resalta sobre el resto el alto valor

de las frutas y verduras, los carbohidratos altos en fibra, las proteínas y las grasas insaturadas que nos cubran las necesidades de micronutrientes. De igual manera, todos aquellos patrones dietéticos que comporten un alto contenido energético, no benefician de ninguna manera al sueño.

En estudios muy recientes realizados con medidas objetivas también se detectó la importancia de una dieta saludable rica en fibra, frutas, verduras y proteínas en relación con el sueño. Como hemos comentado anteriormente, una dieta variada y saludable nos puede garantizar un buen aporte de triptófano para producir la serotonina y melatonina necesarias para beneficiar al sueño.

Si analizamos la composición de la dieta específicamente, estudios recientes remarcan la importancia de la composición de los hidratos de carbono, ya que lo que más beneficia al descanso nocturno son aquellos con poco almidón, bajo índice glucémico y mucha fibra, como podrían ser todos los que son integrales. En cuanto a las grasas, un mayor consumo mejora la calidad del sueño, pero al igual que con los carbohidratos, es importante distinguir el tipo de grasa. Ya que las que son beneficiosas son aquellas que sean totales e insaturadas ricas en omega-3.

Una dieta elevada en alimentos ultra-procesados como podemos intuir, puede empeorar el sueño y, de hecho, estudios recientes apuntan a que empeora su calidad. De igual manera, todas aquellas dietas con alto componente inflamatorio también tienen relación con una peor calidad del sueño.

Estudios recientes detectan relación entre el riesgo de síndrome metabólico y la duración del sueño, asociando a un mayor riesgo para aquellas personas que duermen o muy poco o mucho. De hecho, se encuentra una relación clara, conocida y en bilateral entre el peso y las alteraciones del sueño. La falta de sueño puede incrementar la obesidad y el síndrome metabólico y a la vez, una persona obesa tiene más riesgo de tener trastornos del sueño, por tanto, la pérdida de peso podría ser beneficiosa para ganar calidad en el descanso nocturno.

En conclusión, es importante reforzar la importancia de llevar a cabo una dieta saludable y variada para mejorar la calidad del sueño en las personas adultas. Asegurar un consumo elevado de frutas y verduras, hidratos de carbono complejos, fibra, proteína y grasas saludables puede ayudar a un descanso mejor. En las consultas de las enfermeras de atención primaria, podemos reforzar dicha orientación dietética para así poder generar mejoras en la calidad del sueño.

6 Bibliografía

1. Merino Andréu M, Álvarez Ruiz De Larrinaga A, Madrid Pérez JA, Martínez Martínez MÁ, Puertas Cuesta FJ, Asencio Guerra AJ, et al. Sueño saludable: Evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Revista de Neurología*. 2016;63:S1–27.
2. Jyväkorpi SK, Urtamo A, Kivimäki M, Strandberg TE. Associations of sleep quality, quantity and nutrition in oldest-old men The Helsinki Businessmen Study (HBS). *Eur Geriatr Med* [Internet]. 2020/11/01. 2021 Feb;12(1):117–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33131032>
3. Lira D, Custodio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2018 Apr 6;81(1):20.
4. Fabres L, Moya P. Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2021 Sep 1;32(5):527–34.
5. Zhao M, Tuo H, Wang S, Zhao L. The Effects of Dietary Nutrition on Sleep and Sleep Disorders. *Mediators Inflamm* [Internet]. 2020 Jun 25;2020:3142874. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32684833>
6. Behbahani HB, Borazjani F, Sheikhi L, Amiri R, Angali KA, Nejad SB, et al. The Association between Diet Quality Scores with Sleep Quality among Employees: A Cross-Sectional Study. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. 2022 Jan;32(1):145–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35250226>
7. Godos J, Grosso G, Castellano S, Galvano F, Caraci F, Ferri R. Association between diet and sleep quality: A systematic review. *Sleep Med Rev* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2023 May 20];57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33549913/>
8. Madrid-Valero JJ, Martínez-Selva JM, Ribeiro do Couto B, Sánchez-Romera JF, Ordoñana JR. Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population. *Gaceta Sanitaria*. 2017 Jan 1;31(1):18–22.
9. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989 May 1;28(2):193–213.
10. Perez Menendez A. 13 de marzo: Día Mundial del Sueño. Sociedad Española de Neurología. 2022;
11. Alimentación sana [Internet]. [cited 2023 May 20]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
12. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana [Internet]. 2018 [cited 2023 May 20]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

13. Alemany M. Concepto de dieta mediterránea: ¿un grupo de alimentos saludables, una dieta o una panacea publicitaria? *Medicina Clínica*. 2011 May 14;136(13):594–9.
14. Morselli L, Leproult R, Balbo M, Spiegel K. Role of sleep duration in the regulation of glucose metabolism and appetite. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2010 Oct [cited 2023 May 20];24(5):687–702. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21112019/>
15. Vernia F, di Ruscio M, Ciccone A, Viscido A, Frieri G, Stefanelli G, et al. Sleep disorders related to nutrition and digestive diseases: a neglected clinical condition. *Int J Med Sci* [Internet]. 2021 Jan 1;18(3):593–603. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33437194>
16. Poza JJ, Pujol M, Ortega-Albás JJ, Romero O. Melatonina en los trastornos de sueño. *Neurología*. 2018 Nov 19;
17. Martínez-Rodríguez A, Rubio-Arias J, Ramos-Campo DJ, Reche-García C, Leyva-Vela B, Nadal-Nicolás Y. Psychological and Sleep Effects of Tryptophan and Magnesium-Enriched Mediterranean Diet in Women with Fibromyalgia. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2023 May 20];17(7). Available from: [/pmc/articles/PMC7178091/](https://pmc/articles/PMC7178091/)
18. Schaafsma A, Mallee L, van den Belt M, Floris E, Kortman G, Veldman J, et al. The effect of a whey-protein and galacto-oligosaccharides based product on parameters of sleep quality, stress, and gut microbiota in apparently healthy adults with moderate sleep disturbances: A randomized controlled cross-over study. *Nutrients* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2023 May 20];13(7). Available from: [/pmc/articles/PMC8308271/](https://pmc/articles/PMC8308271/)
19. Yang TH, Chen YC, Ou TH, Chien YW. Dietary supplement of tomato can accelerate urinary aMT6s level and improve sleep quality in obese postmenopausal women. *Clinical Nutrition*. 2020 Jan 1;39(1):291–7.
20. Zuraikat FM, Makarem N, Liao M, St-Onge MP, Aggarwal B. Measures of Poor Sleep Quality Are Associated With Higher Energy Intake and Poor Diet Quality in a Diverse Sample of Women From the Go Red for Women Strategically Focused Research Network. *Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease* [Internet]. 2020 Feb 18 [cited 2023 May 20];9(4). Available from: [/pmc/articles/PMC7070194/](https://pmc/articles/PMC7070194/)
21. Jansen EC, Prather A, Leung CW. Associations between sleep duration and dietary quality: Results from a nationally-representative survey of US adults. *Appetite*. 2020 Oct 1;153:104748.
22. Stelmach-Mardas M, Iqbal K, Mardas M, Schwingshackl L, Walkowiak J, Tower RJ, et al. Synchronic inverse seasonal rhythm of energy density of food

intake and sleep quality: A contribution to chrono-nutrition from a Polish adult population. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2017 Jun 1;71(6):718–22.

23. Štefan L, Radman I, Podnar H, Vrgoč G. Sleep Duration and Sleep Quality Associated with Dietary Index in Free-Living Very Old Adults. *Nutrients* [Internet]. 2018 Nov 13 [cited 2023 May 20];10(11). Available from: [/pmc/articles/PMC6267215/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30267215/)

24. Yamamoto K, Ota M, Minematsu A, Motokawa K, Yokoyama Y, Yano T, et al. Association between Adherence to the Japanese Food Guide Spinning Top and Sleep Quality in College Students. *Nutrients* [Internet]. 2018 Dec 16 [cited 2023 May 20];10(12). Available from: [/pmc/articles/PMC6316252/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30316252/)

25. Yamamoto K, Motokawa K, Yoshizaki T, Yano T, Hirano H, Ohara Y, et al. Dietary variety is associated with sleep efficiency in urban-dwelling older adults: A longitudinal study. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2021 Feb 1;41:391–7.

26. Gupta K, Jansen EC, Campos H, Baylin A. Associations between sleep duration and Mediterranean diet score in Costa Rican adults. *Appetite*. 2022 Mar 1;170:105881.

27. Wilson K, St-Onge MP, Tasali E. Diet Composition and Objectively Assessed Sleep Quality: A Narrative Review. *J Acad Nutr Diet*. 2022 Jun 1;122(6):1182–95.

28. 53. Godos J, Grosso G, Castellano S, Galvano F, Caraci F, Ferri R. Association between diet and sleep quality: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*. 2021 Jun 1;57:101430.

29. 54. Sutanto CN, Wang MX, Tan D, Kim JE. Association of Sleep Quality and Macronutrient Distribution: A Systematic Review and Meta-Regression. *Nutrients* 2020, Vol 12, Page 126 [Internet]. 2020 Jan 2 [cited 2023 May 20];12(1):126. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/1/126/html>

30. Sousa R da S, Bragança MLBM, de Oliveira BR, Coelho CCN da S, da Silva AAM. Association between the Degree of Processing of Consumed Foods and Sleep Quality in Adolescents. *Nutrients* 2020, Vol 12, Page 462 [Internet]. 2020 Feb 12 [cited 2023 May 20];12(2):462. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/2/462/html>

31. Menezes-Júnior LAA de, Andrade AC de S, Coletro HN, Mendonça R de D, Menezes MC de, Machado-Coelho GLL, et al. Food consumption according to the level of processing and sleep quality during the COVID-19 pandemic. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2022 Jun 1;49:348–56.

32. Sampasa-Kanyinga H, Hamilton HA, Chaput JP. Sleep duration and consumption of sugar-sweetened beverages and energy drinks among adolescents. *Nutrition*. 2018 Apr 1;48:77–81.

33. Alahmary SA, Alduhaylib SA, Alkawii HA, Olwani MM, Shablan RA, Ayoub

HM, et al. Relationship Between Added Sugar Intake and Sleep Quality Among University Students: A Cross-sectional Study. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2022 Jan 1;16(1):122–9.

34. St-Onge MP, Roberts A, Shechter A, Choudhury AR. Fiber and Saturated Fat Are Associated with Sleep Arousals and Slow Wave Sleep. *Journal of Clinical Sleep Medicine* [Internet]. 2016 [cited 2023 May 20];12(1):19–24. Available from: <https://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.5384>

35. Zhao M, Tuo H, Wang S, Zhao L. The Effects of Dietary Nutrition on Sleep and Sleep Disorders. *Mediators of Inflammation*. 2020.

36. Wolter SA, Smiley A. Mechanisms of Association of Sleep and Metabolic Syndrome.

37. Åkerstedt T, Ghilotti F, Grotta A, Zhao H, Adami HO, Trolle-Lagerros Y, et al. Sleep duration and mortality – Does weekend sleep matter? *Journal of Sleep Research* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2023 May 20];28(1):e12712. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jsr.12712>

38. Gonnissen HKJ, Adam TC, Hursel R, Rutters F, Verhoef SPM, Westerterp-Plantenga MS. Sleep duration, sleep quality and body weight: Parallel developments. *Physiology & Behavior*. 2013 Sep 10;121:112–6

Capítulo 47

LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN Y EL MANEJO DEL DOLOR EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL PUERTO DILLANA FERNÁNDEZ

LIDIA FANDIÑO GOMEZ

GLORIA MARÍN HERRANZ

1 Introducción

El dolor es razón más común por la que se visita a médico. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial".

Lo podemos clasificar teniendo en cuenta diferentes factores:

1. Duración: a. Agudo: duración limitada. Cesa cuando desaparece el mecanismo que lo causa. b. Crónico: duración ilimitada. Además, lo acompaña un componente psicológico.
2. Patogenia: a. Neuropático: es el que se produce por un funcionamiento anormal del sistema nervioso central o periférico e interpreta los estímulos de forma errónea. Puede ser punzante, quemante, sordo (hormigueos, entumecimiento), eléctrico, palpitante (opresión) y lacinante (corte, incisión) b. Nociceptivo: es el

que aparece como consecuencia de un estímulo real o que potencialmente podría dañar el tejido. Ej. Quemaduras térmicas, químicas, cortes, etc. c. Psicógeno: es el que resulta de una causa psíquica. No hay ningún motivo que lo justifique.

3. Localización: a. Somático: es un dolor punzante, localizado y que puede irradiarse a lo largo de las vías nerviosas. El más común es el dolor óseo debido a metástasis óseas. b. Visceral: es un dolor profundo, continuo y mal localizado. Puede irradiarse en una zona lejana del punto donde empezó. Ej. Dolor tipo cólico.

4. Intensidad: a. Leve: permite realizar las tareas habituales. b. Moderado: interfiere con las prácticas habituales. Es necesario administrar opioides débiles. c. Severo: Dificulta el descanso. Son necesarios opioides potentes.

Hay que considerar la importancia que tiene el manejo del dolor en fundamentos tanto profesionales como éticos, que a su vez causan importantes resultados en el grado de satisfacción de los pacientes. Donde los pacientes satisfechos responden mejor al tratamiento. Por ello, la enfermería es una profesión que exige ciertas cualidades a sus profesionales. Esto significa crear un entorno propicio para el cuidado de las personas.

El conocimiento inadecuado sobre el dolor es uno de los obstáculos más importantes para un manejo efectivo por parte del personal de enfermería y está relacionado con la falta de comprensión de las estrategias de prevención del dolor, falsas creencias, perspectivas del paciente, incoherencias en la práctica de evaluación del dolor, falta de analgésicos y tratamiento analgésico necesario.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión será identificar las estrategias de evaluación describiendo las escalas de medición del dolor más utilizadas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistematizada de la literatura científica existente. Para ello, hemos consultado artículos en Pubmed, Scielo y Google académico. Además, se han consultado revistas científicas como Elsevier y guías de práctica clínica sobre el manejo del dolor.

Para la búsqueda de artículos en las bases de datos se utilizaron como palabras claves: dolor, manejo del dolor, valoración del dolor.

4 Resultados

La complejidad en la evaluación del dolor ha llevado a la utilización de instrumentos que son fáciles de comprender, confiables y efectivos para los pacientes, con el menor esfuerzo posible. Basándonos en esta premisa y teniendo en cuenta la información recopilada en la historia clínica, se han utilizado las escalas de evaluación del dolor. Se dividen en dos tipos:

Escalas unidimensionales: las que valoran una sola dimensión del dolor: la intensidad.

- Escala verbal simple (EVS): El paciente escoge la palabra que mejor define la intensidad de su dolor. Cada palabra está asociada a un valor numérico del 0 al 4 (0: sin dolor, 1: suave, 2: moderado, 3: mucho, 4: insoportable)
- Escala visual analógica (EVA): consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm, en la que 0 será ausencia de dolor y 10 un dolor inimaginable. Se le pide al paciente que marque un punto en la línea que refleje la intensidad del dolor, y posteriormente se realiza la medición utilizando una regla. El dolor será ligero hasta 4 cm., moderado de 5 a 7 cm. Y severo si supera los 7 cm.
- Escala numérica verbal (NRS): El paciente evalúa de su dolor, señalando de 0 a 10 la intensidad de su dolor. 0 sería ausencia de dolor y 10 el peor dolor.
- Escala de expresiones faciales (EEF): también conocida como escala facial de Wong y Baker. Se utiliza principalmente en pediatría y muestra una serie de caras con diferentes expresiones desde la alegría hasta las lágrimas. Se le asigna un número a cada una del 0 (sin dolor) al 10 (dolor máximo). El paciente debe señalar la cara que mejor describe la intensidad de su dolor en ese momento.

Escalas multidimensionales: son herramientas que consideran todos los aspectos del dolor, abordando sus dimensiones múltiples. Su utilización implica un enfoque más complejo.

- Cuestionario del Dolor de McGill (MPQ, por sus siglas en inglés): considera tres dimensiones del dolor: emocional, sensorial y evaluativa. Proporciona una lista de 87 características o adjetivos relacionados que permiten a los pacientes

describir su dolor con exactitud.

- Cuestionario DN4. Esta escala es un cuestionario utilizado para identificar mejor el dolor neuropático y consta de 4 preguntas puntuados de 0 (no) a 1 (sí).

Al realizar esta revisión hemos encontrado que varios estudios realizaron específicamente comparaciones de validez entre ellos para descubrir las diferencias en la intensidad del dolor y diferencias en las respuestas al dolor inducido de manera experimental en hombres y mujeres, donde se encontraron escasas diferencias entre las escalas y por sexo. Los resultados respaldan la validez de cada escala, pero el mayor apoyo fue para el NRS, ya que es sensible y capaz de detectar diferencias de género en la intensidad del dolor.

El abordaje del manejo del dolor requiere de un enfoque multidisciplinario, donde intervienen diferentes profesionales de la salud. El médico establece la estrategia analgésica basada en el tipo e intensidad del dolor. El personal de enfermería evalúa y maneja el dolor, administra el tratamiento prescrito y sigue las pautas de interrupción farmacológicas establecidas en la unidad. El supervisor de enfermería supervisa el cumplimiento de los protocolos establecidos. Los auxiliares y celadores colaboran en el manejo no farmacológico del dolor y asisten en la movilización del paciente cuando sea necesario para aliviar el dolor postural.

5 Discusión-Conclusión

El dolor es uno de los principales problemas de los pacientes, y su adecuada valoración y manejo es fundamental en la práctica enfermera.

La educación sobre el manejo del dolor es fundamental para proporcionar a las enfermeras y enfermeros un punto de partida para su manejo.

Se ha descubierto que la investigación sobre intervenciones educativas aumenta el conocimiento y las habilidades del personal sanitario en el manejo del dolor, cambia las actitudes de trabajo y los resultados del paciente y, por lo tanto, mejora la calidad de los cuidados de enfermería.

A la luz de la investigación realizada en esta revisión, se confirma la noción de que la evaluación del dolor es un proceso complejo. Si bien las escalas y cuestionarios se consideran herramientas útiles y eficaces, ninguno de ellos es definitivo, y la elección de cuál utilizar en cada caso debe basarse en la experiencia y los objetivos del investigador.

6 Bibliografía

1. Bottega, F. y Fontana, R. T. El dolor como quinto signo vital: uso de la escala de evaluación por las enfermeras en los hospitales generales, en *Texto & Contexto Enfermagem*. [Internet]. 2010 [citado el 21 de marzo de 2023] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000200009&script=sci_abstract&tlng=es
2. Ortega-López R.M., Aguirre-González M. E., Pérez-Vega M. E., Aguilera-Pérez P., Sánchez-Castellanos M. D., Arteaga-Torres J. Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. *CienciaUAT* [Internet]. Jun. 2018 [citado el 21 de marzo de 2023]; 12(2): 29-39. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100029&lng=es
3. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc.)* [Internet]. Mar. 2005 [citado el 21 de marzo de 2023]; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es
4. Dolor.com. ¿Qué es el dolor neuropático? [internet] 5 may. 2015, actualizado 27 ene. 2022 (citado el 21 de mar. 2023) Disponible en: <https://www.dolor.com/es-es/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/dolor-neuropatico>

Capítulo 48

CUIDADOS DE VÍA CENTRAL EN PACIENTE INTUBADO

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

ALBA GOMEZ DIAZ

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

1 Introducción

La elección de una vía central se encuentra determinada por multitud de factores, entre los cuales podemos encontrar: patología central del paciente a tratar, tipo y cantidad de medicación a administrar en su paso por la unidad hospitalaria y posibilidad de realizar un buen mantenimiento de esta y proporcionarle unos cuidados adecuados.

Las vías centrales son reservadas para los siguientes casos:

- Es imposible la canalización de una vía periférica.
- Se necesita el control de la presión venosa central (PVC).
- Es necesario administrar nutrición parenteral o fármacos que puedan irritar los vasos de manera agresiva (potasio, quimioterapia, drogas vasoactivas...).
- Es necesario un acceso urgente en un paciente con shock en el que no se consigue canalizar una vía periférica y tenemos la prioridad de administrar fármacos para remontar su estabilidad hemodinámica que se encuentra comprometida.

Existen tres posibles accesos de elección para las vías centrales:

Venas subclavias, venas yugulares internas, venas femorales.

- La vía subclavia es de preferencia cuando se conoce que la estancia del paciente para solventar la enfermedad va a ser superior a una semana. Existen tres accesos posibles medial, proximal y distal.
- La vía yugular tiene dos posibilidades, la anterior y la media.
- La vía venosa femoral. Para canalizar la femoral se palparía el latido de la arteria femoral de 1- 3 cm por debajo del ligamento inguinal y se puncionaría aproximadamente medio centímetro por dentro.

2 Objetivos

- Dar a conocer a partir de un caso clínico la técnica de canalización de la vía venosa central, sus complicaciones y cuidados a tener en cuenta para un correcto uso de esta.

3 Caso clínico

Paciente que ingresa en la unidad de cuidados intensivos por fallo multiorgánico y como patología de base un linfoma tipo B. El linfoma cutáneo de células B es un tipo de cáncer poco frecuente que comienza en los glóbulos blancos. Este cáncer ataca a la piel.

Acude al servicio de urgencias hospitalarias debido a una sensación de falta de aire, fiebre, dolor en el pecho y malestar general.

Se toman constantes, resultando estas: TA 155/79 FC:108 T° 38 y SatO2 91%

Tras realizar las pruebas necesarias se decide ingreso en planta para control de la enfermedad. Al día siguiente del ingreso el paciente empeora y se decide realizar una broncoscopia para comprobar el estado pulmonar y coger muestras para comprobar si existe sepsis respiratoria.

Se ingresa de momento en UCI para realización de la prueba con medico intensivista para realizar una correcta sedación del paciente para la prueba y se objetiva y confirma la sepsis respiratoria en un paciente inmunodeprimido, además con una importante desaturación al 80% y por tanto se intuba en situación de emergencia y se deja hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Este paciente requerirá por un lado una serie de cuidados específicos con su aislamiento inverso correspondiente y una cantidad de drogas vasoactivas y antibióticos que podrían irritar demasiado las venas, por ello se decide canalización de vía central de tres luces para la correcta administración de los fármacos.

Material necesario para canalización de la vía central:

Bata, guantes, paños y apósitos estériles, antiséptico, manómetro y conexión (llave de 3 vías), de manera opcional anestésico local sin adrenalina, jeringuilla y aguja intramuscular, tubos estériles de laboratorio sin heparina y trócares de punción lumbar de calibres 18-20-22.

4 Discusión-Conclusión

Existen catéteres de varias longitudes: 20 y 30 centímetros, con una, dos o tres vías. Cuando hay dos vías una de ellas es la proximal y la otra la distal. En el caso de los de tres vías, la tercera es medial. Se prefieren los catéteres de 20 centímetros para canalizar la subclavia derecha y los de 30 cm para la izquierda.

Posibles complicaciones que podrían presentarse:

Embolismo gaseoso. Para evitarlo es importante una adecuada posición del paciente y no tener nunca abiertas al aire la aguja o el catéter.

Arritmias al entrar con la vía central al corazón y realizar una extrasístole, por lo que se retira unos cm y se soluciona.

Neumotórax. El riesgo baja en la canalización de la yugular interna. Cuando no es posible colocar una vía subclavia en un lado y vamos a realizar un segundo intento en el otro, siempre tendremos que hacer una RX.

Hemotórax.

Quilotórax.

Lesiones vasculares.

Infecciones. Si se sospecha sepsis asociada al catéter, pero no hay signos de celulitis en el punto de entrada de la subclavia se puede sustituir el catéter por otro en la misma posición, colocando la guía a través de él. En caso de que el resultado de los hemocultivos o el cultivo de la punta del catéter fueran positivos es necesario retirarlo completamente y canalizar de nuevo otra vía central en otro lugar.

Trombosis.

Cuidados de la vía central:

- Cura cada 2 días del punto de inserción con clorhexidina no alcohólica especial para vías centrales y accesos.
- Cambio de apósito si se ensucia o se deteriora.
- Revisar llaves, fármacos etc para comprobar una correcta administración de los fármacos.
- Poner paño estéril recubriendo las llaves y tapando la vía para garantizar la limpieza de la vía.

5 Bibliografía

3. JORGE GARCÍA CRIADO Dra. ISABEL CORBACHO CAMBERO Dra. VANESA SÁNCHEZ MORO Dr. ÁLVARO MUÑOZ GALINDO Y Dr. JESÚS ÁNGEL SÁNCHEZ SERRANO. MANUAL TERAPÉUTICO [Internet]. Ediciones Universidad de Salamanca y los autore; 2019. Disponible en: <https://eusal.es/eusal/catalog/view/978-84-9012-989-0/4382/21-1>

Capítulo 49

SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL POR MADRE CONSUMIDORA DE TÓXICOS

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

ALBA GOMEZ DIAZ

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

1 Introducción

En los últimos años, se ha observado un aumento importante del consumo de drogas por parte de mujeres embarazadas y, por lo tanto, en los recién nacidos, llevando a desencadenar un gran problema social y de salud de origen mundial. Pasando a ser cada vez mas común este tipo de hábitos en este colectivo de mujeres, con el riesgo que todo ello implica.

El Síndrome de abstinencia neonatal da su nombre al conjunto de síntomas y actuaciones causados en el neonato tras la retirada de drogas con un elevado grado de adicción, consumidas por la primogénita durante el periodo de gestación. Desencadena con gran afectación nerviosa a nivel central y gastrointestinal, ocasionando en el recién nacido temblores, irritabilidad, fiebre, pérdida de peso excesiva, diarrea, vómitos, irregularidades en la conducta... Suelen aparecer durante los

primeros días de vida y afecta al 55-94% de los recién nacidos con madres consumidoras de drogas. Sobre todo opioides y benzodiazepinas.

La adicción a opioides y benzodiazepinas es un problema social y de salud mundialmente conocido. Cada vez son más las madres que consumen este tipo de sustancias y, por lo tanto, se ha visto aumentado el número de recién nacidos que han desarrollado Síndrome de abstinencia neonatal tras el parto, ocasionando como se ha descrito antes graves problemas en el recién nacido.

2 Objetivos

- Averiguar la seriedad del hábito de consumir tóxicos en el embarazo y las repercusiones contra el recién nato que pueden bifurcarse de este consumo.

3 Caso clínico

En el caso presentado estudiamos a una mujer de 41 años que reconoce ser consumidora de cannabis y heroína en ocasiones puntuales y da a luz un bebé a término con peso adecuado y ninguna patología aparente pero con un llanto irritativo, succión excesiva, temblores, fiebre y reflejos hiperactivos observados.

A la madre se le realiza una entrevista para obtener toda la información sobre la ingesta de la droga, dosis y tiempo que las toma. Se realiza un análisis de orina a la madre y al neonato para diagnosticar las sustancias. Se utilizarán dos herramientas para determinar el grado de adicción del recién nacido para así abordar el problema subyacente:

- Sistema de puntuación del SAN que asigna puntos con base en cada síntoma y la importancia de este. El puntaje del bebé puede ayudar a determinar el tratamiento.
- Evaluación ESC, se valora al bebé después de comer y dormir y la capacidad para ser consolado.

Las gestantes consumidoras de drogas ha provocado el aumento de recién nacidos con síndrome de abstinencia. Los cuidados de enfermería se consideran uno de los ejes fundamentales del tratamiento.

Los fármacos utilizados para el tratamiento se basarán en la gravedad de los signos y síntomas detectados en la escala Finnegan. La durabilidad del régimen dependerá de la evolución clínica del recién nacido; ajustándose la cantidad como a la estima de la escala, descendiendo lenta y progresivamente para evitar efectos rechazo.

Estas medidas de soporte permiten manejar al neonato con SAN sin necesidad de utilizar, en muchos casos, tratamiento farmacológico.

El conocimiento de la clínica, la valoración de las manifestaciones y los cuidados de enfermería realizados a estos neonatos contribuyen de manera importante al bienestar del recién nacido y por tanto a su pronta recuperación.

4 Discusión-Conclusión

Debido a que se diagnostica como una abstinencia grave el recién nacido se quedará ingresado un tiempo y se le receta una droga similar a la que la madre consumió durante el embarazo disminuyendo la dosis con el tiempo. Esto le ayuda al bebé a desacostumbrarse de la droga y aliviar algunos síntomas de la abstinencia. A su vez necesitará cuidados especiales que ayuden a calmarle como son mecerle suave, amamantarlo, reducir el ruido y las luces.. A la madre se le informa de la posibilidad de poder acudir a una unidad de sustancias adictivas para retirar la droga de su vida y poder amamantar a su hijo.

5 Bibliografía

- María Josefa Cuesta Miguel, Ana Bela Espinosa Briones, Clara Val Saurí, editor. Enfermería Integral [Internet]. Vol. 103. Temps Impresores; 2013. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/103/ENF-INTEG-103.pdf>
- Triana Cortés Valverde. Ana Isabel Berenguel Pérez. Eva López Arias. Anabel Román Navarro. Lidia Elena Ruíz Casas., editor. El impacto de la lactancia materna en recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal [Internet]. Revista sanitaria de Investigación; 2021. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-impacto-de-la-lactancia-materna-en-recien-nacidos-con-sindrome-de-abstinencia-neonatal/>

Capítulo 50

INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES EN LA SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

ALBA GOMEZ DIAZ

1 Introducción

La adolescencia, esa época que marca un antes y un después en la vida de una persona, es un periodo en el que transcurren muchos cambios a nivel personal, emocional, social, afectivo y físico. Esta etapa resulta difícil si incluimos que se presentan retos que nunca se habían vivido debido al avance de las tecnologías. Es aquí cuando se van forjando los jóvenes como adultos, influenciados por las creencias religiosas, motivacionales, valores culturales y emociones personales que repercutirán en su conducta.

En España el 64% de la población que utiliza Internet es perteneciente a alguna red social. La edad mayoritaria es la comprendida entre los 16 y 24 años, y dedica alrededor de la hora y media al día en ellas. Las más utilizadas son Whats App,

Instagram y Facebook. Esta población ha crecido conforme lo iba haciendo la tecnología, por lo tanto, tienen muy familiarizado el uso de estas en su vida diaria. En este cambio psicológico que sufren los adolescentes, buscando una identidad que marcará su futuro, buscando nuevas relaciones e intentando ganar popularidad, entra en juego un factor negativo, que es el mal uso de las redes sociales al implicarse demasiado en ellas, perdiendo incluso la noción sobre la realidad. La consecuencia más grave de este mal uso es la relación con trastornos psiquiátricos.

El estilo de vida y comportamientos que adopten los adolescentes puede afectar a la salud mental de estos, puesto que si no son saludables podrían derivar en trastornos psíquicos que darían lugar en ocasiones al suicidio, trastornos mentales o adicciones al influir estos comportamientos nocivos en las emociones y el juicio. Por ejemplo, la poca actividad física, el alcohol, las drogas, tabaco, el control de las relaciones sociales puede dar lugar a trastornos psiquiátricos, siendo los más comunes el trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, y trastorno de la conducta, influyendo estos significativamente en la ideación suicida.

2 Objetivos

-Actualizar conocimientos sobre los trastornos mentales que las redes sociales pueden causar en los adolescentes para estar advertidos y poder subsanarlos a tiempo.

3 Metodología

El presente trabajo se trata de una revisión bibliográfica acerca de los trastornos mentales que se pueden relacionar con un uso excesivo, desmedido o inadecuado de las redes sociales e Internet por parte de los adolescentes.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La información redactada se ha realizado mediante una búsqueda de archivos relacionados con el tema a tratar durante el curso académico 2019/2020 en las bases de datos DIALNET, SCIELO Y PUBMED. El operador booleano utilizado para relacionar las palabras clave fue AND para que así todos los términos de búsqueda estuviesen relacionados. Los booleanos OR y NOT no fueron utilizados.

DESCRIPTORES

Para delimitar las palabras clave en español se utilizó la página de Descriptores

en Ciencias de la Salud(DeCS) .Y para las palabras en inglés se utilizó Medical Subject Headings (MeSH) Los términos de búsqueda incluyeron las siguientes palabras clave: Redes sociales, adolescentes, trastorno mental, salud mental, bullying, internet, ciberbullying, riesgos y depresión.

4 Resultados

Se extrajeron los siguientes resultados de la revisión exhaustiva de diferentes documentos:

Se relaciona el uso problemático de Internet y depresión en adolescentes, influyendo el sexo que de una manera significativa en este. También se relaciona el trastorno del juego en Internet y trastornos emocionales, ansiedad social o autoestima y así apuntan que la adicción a Internet presenta un efecto significativo sobre las perturbaciones del sueño.

Se expone una correlación positiva entre el uso de Internet y la depresión, ansiedad, alteración del sueño, introversión; además, se asocia a un bienestar psicológico bajo que afecta a las relaciones con la familia, con la pareja y, con la posibilidad de mantener relaciones sociales. Los jóvenes con un uso inapropiado de Internet y los aparatos tecnológicos desarrollan alteraciones en varios ámbitos de su vida como lo personal, familiar y social.

En un análisis realizado en una unidad de conductas adictivas surgieron las siguientes conclusiones:

Más de la mitad de las personas estudiadas cumplían los requisitos para entrar dentro del trastorno por juego en internet.

La edad fluctuaba entre 12 y 17 años de edad,y el sexo masculino en la mayoría de los casos.

El motivo del uso en exceso era por ocio o en ciertas ocasiones como refugio y evasión de problemas personales.

Se observa que las personas estudiadas se sentían incapaces de dejar esta adicción,y que preferían jugar de noche.En cuanto al tratamiento aplicado,solo un pequeño porcentaje nota alguna mejoría,la mayoría no nota ningún cambio en cuanto al síntoma de adicción.

El experimento realizado,llamado PIPETIC, se prevé que tenga buenos resultados, ayudando a la intervención en el trastorno por uso inadecuado del juego. Se pretende ayudar en el tratamiento de este nuevo trastorno, y contribuir en el tratamiento de los profesionales de la salud aportando documentación novedosa de este tipo de trastorno.

El impacto de los medios de comunicación, incluyendo internet, publicidad y estereotipos de revistas, aumenta el riesgo de padecer algún trastorno de conducta alimentaria.

Internet es el más significativo, es importante construir modelos de prevención de este tipo de trastornos que lleguen a toda la población, para reducirlos así, centrándose en la etapa adolescente por ser la más vulnerable en cuanto a adoptar conductas negativas y entrar en una relación de odio e insatisfacción con el cuerpo al revisar las redes sociales.

5 Discusión-Conclusión

El adolescente comienza a tener su propia autonomía en sus decisiones, pero siempre debería estar supervisada por el padre, madre o tutor, para guiar a este. Si se carece de esta supervisión, se podrían presentar inestabilidades y factores de riesgo para el adolescente. A través de estrategias de supervisión será más fácil conducirlos en esta etapa para evitar que escojan un camino de conductas adictivas, entre ellas, una importante hoy en día, el uso inadecuado de las redes sociales. Es fundamental generar un trabajo conjunto entre padres e instituciones para hacer un seguimiento dentro y fuera del colegio. Llevar estas acciones de respeto y talleres fuera del ámbito colegial, para así normalizarlo aún más.

Enseñar a los adolescentes a confiar en los primogénitos, tutores o profesorado escolar en cualquier tipo de acoso que sufran, para poder así ponerle una solución y evitar su sufrimiento.

6 Bibliografía

1. Rosillo CR. INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES EN LA SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES. 2020 may.

Capítulo 51

TERAPIA DE CIERRE ASISTIDO POR VACÍO (VAC) Y SU APLICACIÓN EN EL CIERRE DE HERIDAS COMPLEJAS

BEGOÑA GONZALEZ LOBETO

1 Introducción

La terapia de cierre asistido por vacío (VAC) es una terapia no invasiva, con un sistema avanzado de presión negativa cuyo objetivo es disminuir los tiempos de cicatrización de una herida mediante la eliminación del exceso de fluidos y la aceleración del ritmo de formación de tejido nuevo.

Se desarrolló en Carolina del Norte, USA, por los doctores Louis Argenta y Michael Morykwas.

Este sistema es considerado actualmente un pilar fundamental en el cierre de heridas complejas y es un sistema útil para utilizar tanto en el ámbito hospitalario como en modalidad ambulatoria, permitiendo al paciente llevarse la máquina a su domicilio y acudir periódicamente al hospital para realizar una valoración y seguimiento de la herida.

La terapia de cierre asistido por vacío (VAC) realiza su función a través de un sistema de aspiración conectado a un apósito de esponja de poliuretano. La presión, que habitualmente se sitúa entre -75 a -175 mm/hg, puede ser ejercida de manera continua o intermitente.

De manera continua ejerce una succión mantenida y tiene una mejor tolerancia y de manera intermitente tiene una mayor eficacia, pues aumenta el flujo sanguíneo.

Los expertos recomiendan un modo continuo las primeras 48 h (presión de 125 mmhg) y posteriormente intermitente.

2 Objetivos

- Conocer la utilidad de la terapia VAC en la cicatrización de las heridas.
- Facilitar la cicatrización de las heridas por segunda intención y evitar la colonización bacteriana.

3 Caso clínico

Paciente varón de 74 años que ingresa en el hospital para penectomía parcial por diagnóstico de carcinoma epidermoide de pene moderadamente diferenciado, G2. Se solicita posteriormente estudio de extensión TAC T-A-P (tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis).

En TAC abdominopélvico con contraste intravenoso:

Se visualizan algunos ganglios levemente agrandados e inespecíficos en el contexto del paciente: uno en cadena ilíaca externa derecha de 1,6 x 1,2 cm, otro en cadena ilíaca externa izquierda de 1,2 cm de diámetro y otro retroperitoneal por detrás de la cara a nivel renal de 1,5 x 1,1 cm.

Se cita al paciente en consulta de urología para inclusión en lista de espera quirúrgica para linfadenectomía inguinal bilateral.

En los días posteriores a la misma, tras retirada bilateral de drenajes y retirada parcial de grapas, se observa en la consulta de enfermería de urología salida de abundante líquido linfático a través de las suturas, se colocan compresas y vendaje compresivo, instando al paciente a utilizar pantalón ajustado, objetivándose en visita posterior, que la salida de líquido va en aumento y presenta gran deterioro de la integridad cutánea.

Tras llegar a un consenso entre los diferentes profesionales de la consulta, se decide instaurar terapia de cierre asistido por vacío.

Se comienza régimen con terapia de vacío a -125mm/hg en modo continuo.

En un primero momento, se colocan esponjas de plata en ambos lados para un mejor control de la carga bacteriana en las heridas.

Se aplica tratamiento tópico con corticoides para la irritación en la zona de los bordes de la herida.

Se explica a paciente y familiar directo, funcionamiento de la terapia de presión negativa y sus pautas de autocuidado. Se le enseña a realizar cambio de contenedores cuando estén llenos, así como la posibilidad de pérdida de vacío del sistema y la manera de proceder para subsanarlo, explicándole que no debe mantener colocadas las esponjas, si no se consigue recuperar el vacío, por un tiempo superior a dos horas. Se dan nuevas citas en consulta para revisión y cambio de sistemas.

En sucesivas consultas, se observa como la salida de linfa va en descenso y la piel perilesional presenta una mejoría tras tratamiento tópico.

Se opta por colocar contenedores de vacío con menor capacidad y que proporcionen al paciente una mayor comodidad y autonomía.

Se realiza un seguimiento del paciente en el tiempo, hasta que, tras objetivar una mínima salida de linfa por las heridas se decide retirada de terapia. Se continúa con visitas de rutina hasta comprobar cierre total de las heridas e integridad de la piel.

4 Discusión-Conclusión

La terapia de cierre asistido por vacío puede mejorar y acelerar la cicatrización de las heridas complejas.

Diversos estudios han demostrado que la aplicación de este tipo de terapias de presión negativa disminuye no solo el tamaño de la herida si no también el tiempo de resolución de las mismas.

Durante los últimos años, se ha convertido en una alternativa, no invasiva, que favorece la cicatrización en un medio húmedo y aislado, así como el crecimiento del tejido de granulación y la disminución de la carga bacteriana en la herida.

Este tipo de terapia estaría contraindicada en las siguientes situaciones:

- Tejido necrótico o heridas neoplásicas.
- Pacientes que presenten sensibilidad a la plata.
- Estructuras vitales expuestas.

5 Bibliografía

1. Buendía Pérez J, Vila Sobral A, Gómez Ruiz R, Qiu Shao SS, Marré Medina D, Romeo M, et al. Tratamiento de heridas complejas con terapia de presión negativa. Experiencia en los últimos 6 años en la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (España). *Cir Plast Ibero-Latinoamericana*. 2011;37(SUPPL. 1).

2. Tejada Domínguez F.J. Cierre Asistido por Vacío como herramienta de mejora en la curación Heridas Agudas y Crónicas. ENE, Revista de Enfermería 4(3):61-74, dic 2010.
3. Barreira F, Carriquirry C. Tratamiento de heridas utilizando presión negativa tópica. Biomedicina 2006; 2: 122-30.

Capítulo 52

INTERVENCIÓN DE LAS QUEMADURAS POR ENFERMERIA

NURIA SANCHEZ CAPILLA

RAFAT BREIM FAJIM

1 Introducción

Las quemaduras son traumatismos térmicos producidos por la transferencia de calor a los tejidos, donde la piel es el principal órgano afectado, ya que está en contacto con el medio externo. Las lesiones pueden afectar a alguna capa y ser superficiales o puede ocasionar una quemadura grave, afectando a tejido celular, como un gran quemado.

La pérdida de la integridad cutánea es responsable de la pérdida también de líquidos, para regular temperatura por la pérdida de calor y también la pérdida de la barrera frente a la entrada de organismos.

Se pueden causar por químicos, por agentes térmicos, eléctricos, radiación, congelación o agentes mecánicos. Generalmente las quemaduras suelen ocurrir más en casa, tanto en adultos, ancianos y en niños y suelen presentarse como quemaduras de primer grado o leves, que normalmente se pueden tratar en casa.

Es elevada la tasa de pacientes que necesitan a lo largo de su vida una atención médica por una quemadura, tanto por un agente como por otro, y generalmente son más asiduos a esta asistencia los hombres y niños menores de 5 años. Tanto es así, que la OMS se refiere a las quemaduras como una de las principales causas de morbilidad, además de necesitar de un gasto sanitario por ingreso elevado, a parte de otros problemas de discapacidad o problemas estéticos.

El tratamiento que enfermería proporcione a los pacientes para la cura de estas quemaduras no viene reflejado en ninguna guía específica, por lo que depende mucho de la formación de cada profesional, ya que tenemos a nuestra disposición gran cantidad de material (apósitos, cremas, técnicas de curas...) el cual deberíamos saber utilizar.

En atención primaria hay muchos profesionales que utilizan curas exclusivamente con pomadas antibacterianas, utilizan vendajes en extremidades o métodos de curas que según las actualizaciones ya no son la mejor forma de curar esas quemaduras, sin conocer todas las posibilidades que hay a su alcance, en gran parte culpa de que la evidencia científica generalmente es para grandes quemados, y no hay estudios o guías para manejo de quemaduras de grados inferiores, como 1º y 2º.

Para poder realizar una correcta actuación para la cura, debemos identificar unos principios básicos, para así conocer la causa y el posible nivel de afectación, como son: la temperatura, dependiendo del grado de esta, podremos saber si la piel ha tenido mayor o menor afectación, superior a 50°C, las quemaduras podrán destruir la epidermis. Tiempo de contacto con el agente causante, a mayor tiempo, mayor daño realizará a la piel, también tenemos que tener en cuenta el calor residual que se queda en la zona de la lesión y también va dañando al resto de tejido, debemos enfriar la zona lo más rápidamente posible.

Para hacer un correcto diagnóstico debemos tener en cuenta la regla de los 9 o método de Wallace. En esta, el 100% de la superficie corporal se fracciona por áreas divididas en 9. También podemos utilizar la regla de la palma de la mano, la cual nos dice que nuestra palma de la mano, sin contar los dedos, equivale al 1% de la superficie corporal quemada.

2 Objetivos

- Identificar intervenciones de enfermería frente a las quemaduras.
- Conocer incidencia de las quemaduras en la población general y clasificación de quemaduras.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda

sistemática de artículos sobre el presente tema en las principales bases, como Pubmed, Medline, dialnet y Google Académico seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

De manera general, las quemaduras se dan en mayor proporción en adultos con una media de 35 años y en ámbito doméstico. La causa térmica es la fuente de quemaduras más común, tanto para sólidos como líquidos.

Generalmente la zona corporal más afectada en las quemaduras son las extremidades superiores, cara y tronco y muchas de éstas terminan necesitando un periodo de hospitalización que puede ser al rededor de unas dos semanas.

Durante el proceso de la cura de éstas heridas nos podemos encontrar con varias complicaciones, como son las infecciones, sobre todo cuanto más grandes sean las quemaduras o más manipulación se haga de ellas, aparecer neumonías o síndrome de distrés respiratorio, complicaciones hematológicas y dolor.

La enfermera debe estar presente tanto en el proceso de curar, como en el de identificar complicaciones de manera precoz y ayudar a hacerles frente.

Debemos saber:

Identificar los signos de dolor tanto durante como antes y después de la cura y administrar al paciente la medicación necesaria para paliar ese sufrimiento, el médico será el encargado de realizar la pauta y nosotros de administrarla según vayamos identificando la escala de dolor del paciente.

Cuidar tanto de la piel con quemaduras superficiales o piel integra, como de cuidados de las heridas en quemaduras con afectación de un tejido más profundo. En ocasiones esto conlleva desbridamientos quirúrgicos, estériles y llevados a cabo por profesionales de quirófano, pero también podemos llevar a cabo desbridamientos de arrastre o enzimáticos de manera más habitual.

Resolver las posibles complicaciones que puedan aparecer, entre las más corrientes una parada cardiorrespiratoria, en la cual debemos solicitar ayuda y realizar una intubación precoz o el uso de probióticos para regular la flora bacteriana y reducir el riesgo de infecciones.

Algunas quemaduras se pueden curar de forma ambulatoria, estas quemaduras son muy leves, y generalmente sin pérdida de la integridad tisular, en las que debemos enfriar la zona y darle la hidratación que necesite tantas veces al día

como lo creamos necesario para aliviar también el dolor.

Los cuidados de la herida dependerán del grado de la quemadura, clasificándose en:

- 1 grado: agua fría para disminuir temperatura y aliviar el dolor, secar sin frotar y utilizar hidratación en la zona afectada con aloe vera, ácido láctico, urea... Dejar zona al aire y sin cubrir.
- 2º grado superficial: enfriar la zona de la quemadura para evitar la aparición de flictenas. Es útil aplicar placas frías durante las primeras 24 – 48h porque también disminuye la inflamación. No se deben usar pomadas antibacterianas si no hay signos evidentes de infección.
- 2º profundo: una vez aplicado frío, utilizar Silvederma cada 12h como mínimo para reducir la carga bacteriana. Si aparece en el lecho de la herida una placa esfacelada y blanquecina en el lecho, es bueno utilizar colagenasa C/ 24-48h, y apósitos de silicona par minimizar el dolor. Los apósitos de plata solo deben usarse si la quemadura es exudativa y está infectada.

5 Discusión-Conclusión

La enfermería es crucial para el cuidado y manejo del paciente quemado, teniendo muchas intervenciones a realizar tanto para mejorar el dolor, el estado general o el cuidado de las heridas, como para dar confort al paciente independientemente de como sea su estado. También son indispensables las intervenciones para evitar la aparición de complicaciones y para solventar estas una vez han aparecido.

Las quemaduras ambulatorias presentan un vacío en el aspecto científico por falta de estudios que demuestren mayor o menor eficacia según las pautas de tratamiento. Las quemaduras curadas por los profesionales de enfermería siguen sin tener un criterio único, con unas guías bien definidas con evidencia científica, lo que da lugar a que se realicen de distintas formas sin estar realmente comprobada la mayor eficiencia de una frente a otra.

6 Bibliografía

1. M. Dolores Guerra-Martín, Paula Lloria Cascales, Vicente Fernandez – Rodríguez. Intervenciones enfermeras en el abordaje de las quemaduras. Revista cubana de enfermería. 2019; 35(2).
2. Mº Jose Ledo, Teresa Crespo, Mº Paz Marti, Jose luis sacristán, Mº Pilar Padilla, Nuria Barniol. Tratamiento ambulatorio de las quemaduras. Grupo de úlceras de Sabaqdel. Enfermería Dermatológica, 2010. Nº9.

3. Gisele Zapata, Joan Enric Torra. Abordaje global y tratamiento local de quemaduras de 1 y 2 grado no complejas en pacientes pediátricos.2020.

Capítulo 53

LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA-PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ROCIO LOMAS MENDAZA

1 Introducción

La cateterización venosa periférica es una técnica invasiva que permite obtener en el paciente una vía permeable al sistema vascular. Gracias a esta vía podremos administrar nutrición parenteral, sueroterapia, medicación. En los últimos años ha adquirido una gran relevancia la seguridad del paciente para obtener una buena calidad asistencial. Las enfermeras serán las encargadas tanto de canalizar dicha vía venosa periférica, administrar los medicamentos Y detectar posibles complicaciones.

El principal objetivo de este trabajo es determinar los puntos claves para realizar una técnica segura, identificar la evidencia de canalización periférica y generar un listado de seguridad.

Actualmente por parte del personal sanitario el uso de catéter intravenoso es una de las técnicas que se usa más frecuente en el ámbito hospitalario. Se considera la más rápida y por ello la elección en caso de urgencia. La mayoría de los pacientes hospitalizados son portadores de catéter intravascular. su uso permite el acceso venoso fácil para la administración de medicamentos. principalmente se utiliza en las siguientes situaciones:

- Restituir el equilibrio ácido base.
- Administración de fármacos y fluidos al Torrente circulatorio.

- Mantenimiento de la hidratación en pacientes con intolerancia oral.
- Transfusión de productos sanguíneos, eritrocitos y plasma.
- Mantener un acceso venoso con fines terapéuticos.
- Obtención de muestras de sangre. - Realización de estudios diagnósticos.

2 Objetivos

Identificar y conocer las principales necesidades en los cuidados de la canalización venosa periférica que tiene que llevar a cabo el personal de enfermería.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Previo y durante la canalización venosa periférica:

- Informar al paciente: se debe comunicar al paciente en qué consiste el procedimiento y su finalidad. Se debe comprobar identidad, preguntar sobre posibles alergias e informar de la técnica a realizar. Preservar su intimidad en la medida de lo posible y colocar al paciente en la posición más adecuada y cómoda tanto para el propio paciente como para el personal.
- Educación del personal sanitario: con medidas de control para evitar infecciones y complicaciones.
- Asepsia del personal y uso de guantes. Lavado higiénico de las manos con agua y jabón, durante al menos 20 segundos. Cuando no es posible acceder al lavado de manos higiénico, se puede sustituir por la aplicación de solución hidroalcohólica.
- Colocarse los guantes no estériles
- Selección del catéter.
- Selección del punto de inserción.

Durante la canalización venosa periférica:

- Técnica de ejecución y antiséptico.
- Fijación del catéter y registro.

Mantenimiento del catéter.

Debemos realizar una revisión diaria del punto de inserción del catéter y seguir las pautas de mantenimiento dada la importancia que tiene la seguridad en el paciente en cuanto a su calidad asistencial.

- Paciente debe comunicar cualquier cambio o molestia.
- Limpiar el catéter con irrigación adecuada después de cada uso.
- El apósito completo se cambiará cada 72 horas, desinfectando el punto de inserción.
- Retirar el catéter venoso en cuanto no sea necesario. - Los puntos de conexión de la válvula llave de 3 pasos mantenerlo siempre tapados.
- En caso de obstrucción no empujar el coágulo al Torrente sanguíneo.

Problemas potenciales del procedimiento:

- Que la enfermera no sea capaz de visualizar y/o palpar la vena.
- Falta de cooperación del paciente.
- Hematoma, punción arterial, lesión nerviosa.
- Espasmo venoso.
- Rotura del catéter por la reintroducción del fiador en el catéter: embolismo por cuerpo extraño.
- Posición anómala del catéter.
- Alergia: Látex, povidona yodada y esparadrapo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto en este presente capítulos hay que destacar unos puntos esenciales para conseguir la mayor seguridad del paciente dentro de la ejecución de canalización venosa periférica:

- Es importante una adecuada fijación tras la canalización venosa periférica, insistir en el lavado de manos.
- Es imprescindible en la técnica de inserción durante la canalización venosa periférica la desinfección y el mantenimiento de la asepsia.
- Se debe identificar y verificar al paciente previo a la canalización, realizar una buena higiene de manos y uso de guantes. Se debe elegir de manera correcta el punto de inserción, así como el catéter y nunca olvidar las posibles alergias del paciente.

6 Bibliografía

1. Del Egido MA, Lázaro C., Núñez RA, Pérez M, Pescador A, Pita L, et al. Cateter venoso periférico-Complejo hospitalario. Disponible en: [http://www.chospab.es/publicaciones/protocolos Enfermería/documentos](http://www.chospab.es/publicaciones/protocolos%20Enfermería/documentos).
2. Carrero MC. Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa. Enfermería Dad, editor. Madrid; DAES S.L; 2008.
3. Loro N, Martínez E, Sancho MJ, Peiró A. enfermería: canalizaciones periféricas, atención, cuidados, mantenimiento y complicaciones.
4. Carballo M. elección de un catéter de acceso periférico (Internet). Barcelona.
5. Pinto M, Guerrero MN. influencia de la intervención enfermera para evitar complicaciones en los accesos venosos periféricos. Doc. Enf.(internet). 2014. Disponible en: http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es/images/zoom/QUOWJH/viewsize/DocEnf_005pdf.

Capítulo 54

LA SALUD MENTAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

SINDY PAOLA JIMÉNEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (1), sin embargo, la salud es un criterio cambiante que implica el proceso de relación del individuo con diferentes componentes; entre ellos, el elemento de salud psicológica, este comprendido como un estado de confort en el cual el individuo potencia sus distintas habilidades para el correcto desempeño en lo personal y colectivo, permitiendo el buen comportamiento y una relación conforme con la sociedad mediante interrelaciones que logren ayudar a la sociedad (2).

Sin embargo, el goce pleno de su salud, al ingresar al campo laboral, puede verse afectado por las labores que se desarrollen y las situaciones a las que la persona pueda enfrentarse diariamente, ocasionando insatisfacción por aquello en lo que se desempeña generando incumplimiento de sus metas, lo cual tiene la posibilidad de influir en su salud psicológica, situación que en términos laborales se refleja en la escasa productividad y el bajo funcionamiento gremial, lo cual paralelamente conlleva a implicaciones en su historia laboral, familiar y social (3). Acorde a lo anterior, es válido mencionar que la sobrecarga laboral tiene implicaciones tanto para la empresa como para el empleado, la pérdida de interés por la actividad económica desarrollada, aumento de los niveles de estrés y depresión en los trabajadores, aumento de costos en la producción, empleados conflictivos e incumplimiento de labores, entre otros.

De acuerdo con el Informe Regional de las Américas (4), en Latinoamérica entre el 14,7% y 22% del personal de salud entrevistado para el año 2020 presentó síntomas que permitieron sospechar de un episodio depresivo, mientras que entre el 5% y 15% expresó que pensó en suicidarse.

Concluyendo que la pandemia aumentó el estrés, la ansiedad y la depresión de los trabajadores de la salud y dejó al descubierto que los países no han desarrollado políticas específicas para proteger su salud mental (5).

Así mismo, un estudio desarrollado en Colombia demuestra que el 40% del personal de salud padecen trastornos por la pandemia, donde los médicos son los más afectados para todos los trastornos estudiados, el 35,4% presentaron ansiedad, 26,7% depresión y el 13% insomnio; seguido de los enfermeros quienes presentaron 27,8% ansiedad, 16,7% depresión y el 10,5% insomnio, así mismo otros profesionales presentaron el 31,8% ansiedad, el 18,2% depresión y el 4,5% insomnio (6).

A nivel local, en Cartagena de acuerdo al informe Ansiedad, depresión y miedo: Impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia realizado por Profamilia, se puede evidenciar que para el año 2022 el 56% del personal de salud entrevistado reportó en mayor medida estar nervioso (7).

En el caso de los profesionales en enfermería, adicionalmente a su carga laboral y asistencial, cuentan con cargas emocionales y psicosociales que impactan en su productividad, interacciones interpersonales, calidad de vida y salud psicológica, las cuales se ven afectadas por todo aquello a lo que se enfrentan diariamente en el cumplimiento de sus labores.

En el contexto de este capítulo se analizaron diferentes aspectos que se enfrentan los profesionales de enfermería a situaciones que los conducen a niveles muy altos de estrés y/o ansiedad, los cuales pueden afectar todos los aspectos de su vida, pero principalmente su salud mental.

2 Objetivos

La investigación tuvo como objetivo principal identificar los aspectos que influyen en la salud mental de los profesionales de enfermería de una institución de salud de III nivel en la ciudad de Cartagena 2022.

3 Metodología

De acuerdo con los objetivos planteados se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo transversal. La investigación se desarrolló con la participación de 18

profesionales de Enfermería que laboran en una institución clínica de III nivel en el segundo periodo académico del año 2022.

La información requerida se obtuvo mediante la aplicación de una encuesta adaptada, de manera virtual por medio de un formulario de Google. Para el análisis de la información se emplearon funciones de variables descriptivas de Microsoft Excel Versión 2019.

4 Resultados

De acuerdo con la información obtenida, se evidencia que el 77,8% corresponde al sexo femenino y el 22,2% al sexo masculino, reafirmando lo que mencionan algunos investigadores, la carrera de enfermería es una ciencia la cual tiene mayor afinidad con el sexo femenino.

Así mismo, para la población encuestada se encontró que el 77,8% se ubica en el rango de edad de 18 a 25 años, seguidamente el 22,2% para el rango de edad de 26 a 36 años indicando que la población de estudio es relativamente joven.

Ahora bien, situando los resultados a los factores que podrían afectar la salud mental de los profesionales de la salud enfermería se obtuvo que el 61,1% de los encuestados ejerciendo su rol se ha sentido estresado, en ese mismo sentido, el 77,8% manifiesta haber tenido insomnio por razones laborales.

En continuidad con lo anterior, el 77,8% de las personas encuestadas manifiesta el haber tenido sobre carga laboral ejerciendo su rol como enfermera/o y que debido a los horarios a cumplir el 66,7% considera que su productividad se ha visto afectada.

El 55,6% de las encuestadas manifiesta haber perdido la motivación en algún momento ejerciendo su rol como enfermera/o, así mismo, el 61,1% manifiesta no haberse sentido inútil en medio de su rol.

Por último, el 61,1% de las personas encuestadas consideran que su salud mental se ha visto afectada por sus labores como enfermera/o.

Es decir, más del 50% del total de encuestados manifiesta y considera que razones como la sobre carga laboral y los horarios a cumplir, su salud mental y productividad se ha visto afectada, logrando perder la motivación por el rol que ejercen, teniendo insomnio y estrés a raíz de ello.

5 Discusión-Conclusión

En general, los hallazgos de esta investigación comprueban que la salud mental en el personal de enfermería puede verse afectada, lo que significa que esta y

las razones por las cuales se ve afectada debieran ser objeto de control y vigilancia permanente en los lugares donde se presta el servicio, de igual modo se debe estudiar la salud mental de los estudiantes de enfermería por parte de la universidad.

Tanto los efectos directos como los encontrados por la sobre carga laboral y su representación en la salud mental, confirman y muestran la importancia de intervenir conjuntamente, con el fin de fomentar las acciones a emplear en situaciones, por ejemplo, estresantes; impulsar el uso de las habilidades, y promover las fuentes de apoyo socio-emocional entre las enfermeras, la universidad y los sitios de práctica, donde resultarían estrategias de prevención e intervención que parecen no necesitar de más investigación para gestionar su impacto en la salud mental del personal de enfermería.

Dado los resultados, es válido mencionar que, la carrera de enfermería es una ciencia la cual tiene mayor afinidad con el sexo femenino, por consiguiente, son ellas las que presentaron afectaciones por la sobrecarga laboral y el insomnio que ocasionan los horarios a cumplir para ejercer su rol como enfermeras, y que al combinarla con otros roles pueden tener una mayor afección antes esta problemática, el autocuidado es clave fundamental para mantener la salud mental de estos profesionales que menudo se dedican a cuidar a los demás, pero también es crucial cuidarse a uno mismo, es importante priorizar el propio bienestar físico y mental y dedicar tiempo a actividades de disfrute, como hobbies, ejercicio, descanso adecuado y momentos de relajación.

Es recomendable practicar técnicas de manejo del estrés y fomentar el equilibrio entre el trabajo y la vida personal cuidando el entorno laboral y, de ser posible, trabajar en un entorno que promueva un ambiente saludable y de apoyo. Abogar por las condiciones de trabajo seguras y adecuadas, y buscar formas de mejorar la comunicación y la colaboración con colegas y superiores.

En definitiva, factores como los horarios laborales que traen consigo la alteración del sueño, al igual que las actividades desarrolladas pueden generar en el personal de enfermería estrés, y la acumulación de todos estos aspectos terminan afectando la salud mental de los profesionales a tal punto de estos sentirse sin motivación para seguir ejerciendo su profesión.

6 Bibliografía

1. Conferencia Sanitaria Internacional. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1948 [consultado 2023 abr 10] disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:>

text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB.

2. Peris Rosana, Agut Sonia. Evolución conceptual de la identidad social. El retorno de los procesos emocionales. [consultado 2023 abr 10] disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/numero26/article2/texto.html>.

3. Olga García, María del Hoyo, Centro Nacional de Nuevas Tecnologías, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. La carga mental de trabajo. [consultado 2023 abr 10] disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/96076/carga+mental+de+trabajo/2fd91b55-f191-4779-be4f-2c893c2ffe37>.

4. Organización Panamericana de la Salud. The COVID-19 Health Care Workers Study (HEROES) INFORME REGIONAL DE LAS AMERICAS. 2022. [consultado 2023 abr 10] disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHMHCVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

5. Organización Panamericana de la Salud. paho.org. [Online].; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/13-1-2022-estudio-advier-te-sobre-elevados-niveles-depresion-pensamientos-suicidas-personal>.

6. Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental. [Online]. [cited 2022 Agosto 19. Available from: <https://www.ces.edu.co/noticias/el-40-del-personal-de-salud-en-colombia-padece-trastornos-por-la-pandemia-cesism/#:::text=Los%20m%C3%A9dicos%20son%20los%20m%C3%A1s,el%204%2C5%25%20insomnio>.

7. Profamilia. Informe 3. Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia. ; 2020.

Capítulo 55

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: ENTRENAMIENTO, ESTIMULACIÓN Y REHABILITACIÓN COGNITIVA PARA EL ADULTO MAYOR

NOELIA BENITO RUBIO

MARIA GARCIA LORENTE

PATRICIA RUIZ CISNEROS

GLORIA MORA RODRIGUEZ

MARIO MILLÁN REBOLLO

1 Introducción

Actualmente, gracias a los avances científicos-tecnológicos nos encontramos en una sociedad demográficamente envejecida, y la tendencia general continúa incrementándose.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2019 las personas mayores de 65 años representan un 19,3% de la población total, de los cuáles un 6,1% corresponde a la población octogenaria.

El último informe del año 2020 que define el perfil de las personas mayores en nuestro país, publicado en Envejecimiento en Red, se estima que para 2068 se podría superar los 14 millones de personas mayores, lo que supondría alrededor del 30% del total de la población.

La edad, entre otros factores, supone un riesgo dominante para el desarrollo de déficits en las funciones cognitivas como: la memoria, la atención, la orientación (temporo-espacial), la comprensión, el aprendizaje, el lenguaje, el razonamiento, el cálculo... de ahí la necesidad de buscar nuevas formas de intervención en estimulación cognitiva en beneficio de las personas mayores. Hay que tener en cuenta que el envejecimiento cognitivo no es un fenómeno que se comporte de igual forma en todos los individuos, sino que es un proceso heterogéneo y continuo con manifestaciones muy diversas.

Existen otros factores que ponen en riesgo el declive de las actividades relacionadas con la cognición, como por ejemplo, los estilos de vida y las condiciones sociales como la jubilación. Existen varias hipótesis sobre si después de la jubilación la función cognitiva sufre un declive, pudiendo ser debido a la tendencia de desvinculación de labores y objetivos difíciles, ya que daría lugar a una disminución de la estimulación tanto física como mental. Un estudio publicado por la Asociación Estadounidense de Psicología, en la revista *Psychology and Aging*, confirma dicha hipótesis sugiriendo que “no todos los que se jubilan tienen riesgo de deterioro cognitivo, ya que dependerá de la predisposición a desvincularse de tareas y objetivos desafiantes”, del mismo modo dependerá de la automotivación a participar en actividades estimulantes durante la jubilación.

Son varios los estudios que avalan que la cognición en personas mayores con deterioro cognoscitivo es entrenable y mejorable, lo que significa que es posible prevenir y rehabilitar y con ello poder enlentecer la aparición de deterioro cognitivo asociado a este grupo poblacional:

- Cabe destacar el estudio de Anna Puig (2006), doctora en psicología y especialista en diseño de programas de estimulación cognitiva, que corrobora que las personas mayores tienen reserva para compensar y prevenir el declive cognitivo. En su estudio demuestra que las personas mayores sin estimulación mental tienen mayor riesgo de perder capacidades cognitivas que aquellas que sí han permanecido activas.
- Otra revisión que sostiene que “la estimulación cognitiva aporta beneficios y mejora aspectos conductuales relacionados con el humor y la apatía” es la de Olazarán J. et al, 2010.

Cuando hablamos de Deterioro Cognitivo Leve (DCL), según la literatura, hacemos referencia a un estado de déficit cognitivo superior al esperado para la edad y nivel cultural de la persona, pero con preservación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), es decir, no se considera para establecerlo como un diagnóstico de demencia. La prevalencia es muy ambigua, pero las estimaciones indican que en mayores de 75 años supone entre un 3 y 20%.

En relación a la demencia, su mayor diferencia con el DCL es la preservación o no de independencia para las ABVD. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la “demencia” es un término genérico con el que nos referimos a un “síndrome neurodegenerativo que afecta a las capacidades cognitivas, funcionales y conductuales”.

La estimulación cognitiva forma parte de las terapias conocidas como “no farmacológicas”, es decir, toda aquella intervención llevada a cabo sin fármacos. La literatura demuestra su capacidad para obtener beneficios potencialmente notables, y las directrices nacionales e internacionales aconsejan su ejecución como algo complementario a los fármacos.

El objetivo principal del uso de esta terapia en estimulación cognitiva, durante este proyecto, es el de prevenir, mejorar o rehabilitar el rendimiento cognitivo a favor de la vejez y optimizar así la calidad de vida de las personas mayores que ven afectado su estado cognitivo.

Para este tipo de terapia, y concretamente para la estimulación cognitiva, pueden ser candidatos: pacientes sanos, pacientes con deterioro cognitivo leve y/o con un diagnóstico temprano de demencia o aquellos que tienen una demencia de grado moderado.

Para que la intervención sea efectiva y enriquecedora es primordial una valoración geriátrica integral de la persona mayor al inicio del programa; esto nos ayudará a recopilar y aprovechar al máximo sus capacidades y motivaciones para el desarrollo del programa individualizado. De igual forma es primordial una adecuada valoración cognitiva para su clasificación en los distintos programas del trabajo que se desarrollarán en los puntos siguientes.

Las actividades serán llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar y estarán enfocadas al desempeño normal de: razonamiento, memoria, atención, lenguaje y concentración, ya que se demuestra que tienen numerosas ventajas para estimular, regenerar y enriquecer las capacidades de las personas mayores. Algunas

de las técnicas más utilizadas son: la reminiscencia, la orientación a la realidad, la musicoterapia, las intervenciones sensoriales, el ejercicio físico, los juegos de mesa, la arteterapia y el uso de nuevas tecnologías (programas de estimulación a través de aplicaciones informáticas en ordenadores, tablets...).

Cabe destacar otras ventajas de esta terapia no farmacológica, como son:

- Reducción del estrés y la ansiedad.
- Desarrollo y fomento de las relaciones/habilidades sociales y de ocio, lo que conlleva una reducción del aislamiento
- Estimulación de la autonomía en las ABVD.
- Mejorar el estado de ánimo. Sentimiento de utilidad.
- Reducción de olvidos y confusiones. Activación de determinadas funciones del cerebro.
- Incremento de la calidad de vida.
- Enlentecimiento de ciertas enfermedades (principalmente neurológicas).

Teniendo en cuenta el análisis de la situación actual con los indicadores demográficos, la prevalencia asociada a este grupo poblacional de ver alterada su salud cognitiva, y la evidencia de la aplicación de programas de estimulación cognitiva en este colectivo, consideramos ineludible el desarrollo de un programa de atención con intervenciones que tengan en cuenta sus características, para mejorar y/o mantener su calidad de vida. Sin olvidar el resto de ventajas como son: reducción del estrés y la ansiedad; desarrollo y fomento de las relaciones/habilidades sociales y de ocio, lo que conlleva una reducción del aislamiento; estimulación de la autonomía en las ABVD; mejorar el estado de ánimo y sentimiento de utilidad.; reducción de olvidos y confusiones, activación de determinadas funciones del cerebro; Incremento de la calidad de vida; enlentecimiento de ciertas enfermedades (principalmente neurológicas).

2 Objetivos

Dar a conocer una propuesta de programa de rehabilitación cognitiva para el adulto mayor.

3 Metodología

Se trata de un programa de ocho sesiones grupales en las que se entrenarán técnicas para el desarrollo, mantenimiento y mejora de habilidades mentales de los usuarios.

Las áreas básicas a entrenar son: orientación y atención, memoria, funciones ejecutoras frontales y praxias, lenguaje y cálculo.

Desarrollo del programa:

1. Población diana

Se realizará una captación de todas las personas mayores de 65 años que acudan a los Centros de Día, Hogares de la tercera edad, Hospitales de Día y Centros Sociosanitarios en los cuales se quiere implantar este programa.

Se trata de seleccionar a una población accesible, motivada y comprometida para con este proyecto y con la mejora en su calidad de vida beneficiándose de cada una de las actividades recomendadas.

2. Recursos:

- Materiales: una sala de trabajo acondicionada y preparada para dar cabida a unas 25 personas, para abarcar a los diez participantes más sus cuidadores. Además, será necesario un ordenador con internet y proyector para poder visualizar videos, imágenes o realizar la planificación y registro. Las fichas, fotos y láminas con las que se trabajarán serán impresas por lo que también sería necesario una impresora. Es imprescindible el uso de material de papelería como son (bolígrafos, lápices, gomas, rotuladores, cartulinas, tijeras, lana...), juegos de mesa, pelotas de goma y/o globos, algunos instrumentos de ABVD, triángulo (herramienta musical),
- Humanos: cada sesión será impartida por uno/dos educadores y será apoyado por un técnico en cuidados de enfermería. Los educadores que impartirán dichos talleres serán, seleccionados en función del área de dominio de cada uno de ellos, como, por ejemplo: enfermería, trabajo social, psicología, terapia ocupacional...

3. Captación

El método de captación para la inclusión en estos programas, se realizará a través:

- De la consulta del Médico/Enfermera de Atención Primaria.
- Médicos/Enfermeras o Directores desde Centros Sociosanitarios.
- Carteles informativos del programa en Centros de salud, Hospitales, Centros Sociosanitarios y Centros de Día

4. Metodología Educativa:

Vamos a elaborar un programa de educación para la salud basada en estimulación, entrenamiento y rehabilitación cognitiva para personas mayores de 65 años, que clasificaremos en tres grupos, en función de su estado de cognición.

Para su clasificación y de forma previa a su inclusión en cada uno de los grupos, discriminaremos si hay algún tipo de alteración o deterioro a través de la Escala Mini Mental – Lobo y la escala de deterioro global de Reisberg (GDS). Además, se realizará una valoración de las ABVD y las AIVD usando la escala de Barthel y la escala de Lawton y Brody.

Según los resultados del MMSE, se clasificarán a los participantes de la siguiente forma:

- Paciente sin deterioro cognitivo (Puntuación mayor o igual a 24 puntos)
- Paciente con deterioro cognitivo/patológico (Puntuación menor o igual a 23 puntos)

En función del GDS:

- GDS 1, ausencia de alteración cognitiva
- GDS 2, disminución cognitiva muy leve
- GDS 3, defecto cognitivo leve
- GDS 4, defecto cognitivo moderado
- GDS 5, defecto cognitivo moderado-grave
- GDS 6, defecto cognitivo grave
- GDS 7, defecto cognitivo muy grave. No valorable para nuestro programa.

1) Grupo nº 1: Población mayor de 65 años con deterioro cognitivo muy leve o sin deterioro cognitivo, pero con factores de riesgo para desarrollarlo. Ausencia de dificultad para realizar ABVD e IVBD. Con MMSE mayor o igual a 24 puntos o menor o igual a 23 puntos y GDS 1 y 2.

2) Grupo nº 2: Población mayor de 65 años con deterioro cognitivo leve-moderado. Dificultad leve en las AIVD y dificultad para algunas de las ABVD. Con MMSE menor o igual a 23 puntos y GDS 3 y 4.

3) Grupo nº 3: Población mayor de 65 años con deterioro cognitivo moderado-grave. Dificultad en las ABVD. Con MMSE menor o igual a 23 puntos y GDS 5 y 6.

Criterios de exclusión para los tres programas:

- Presencia de otra enfermedad neurológica de base y/o psiquiátrica mayor que justifique el cuadro demencial.
- Déficits sensoriales muy graves y/o alteración de la comunicación significativa.
- Niveles altos de ansiedad/estrés o cualquier otro efecto negativo durante la ejecución del programa.
- Alteración psicopatológica que pueda interferir en el programa.
- Falta de continuidad en la asistencia a las sesiones.

- Cualquier motivo que impida una adecuada adherencia al programa (puntuación GDS de 7).

La metodología utilizada durante las sesiones estará orientada a las técnicas de educación para la salud grupales con métodos directos y/o bidireccionales. Usaremos técnicas de investigación en el aula, para reflexionar sobre los diferentes pensamientos, informaciones... que nos podrá servir en la sesión número uno como inicio. Como por ejemplo la tormenta de ideas, dibujo-palabra o cuestionario. Técnicas de análisis, como la evaluación de refranes, publicidad... y técnicas de simulación, tipo rol-playing, análisis de situaciones para entrenar habilidades psicomotoras...

Todo esto se podrá apoyar de trípticos, imágenes y videos.

En cuanto a los cuidadores, a quienes les explicaremos como ayudar a los pacientes a continuar con los ejercicios en el domicilio, haremos el uso de una técnica grupal tipo charla. Se tratará de una charla de unos diez- veinte minutos.

En relación a los conocimientos empleados tenemos presentes:

- Prevención: evitar el deterioro. Estimulación.
- Restauración: práctica de la competencia alterada. Entrenamiento
- Sustitución: se considera que aquello deteriorado no se puede recuperar por lo que busca instrumentos alternos. Rehabilitación.
- Compensación: intenta disminuir la pérdida a través de un manejo restitutivo (agenda).

5. Cronograma

El programa estará planificado en bloques mensuales, con una duración total de tres meses. Durante el primer mes se realizarán una sesión a la semana y se continuará con dos sesiones presenciales al mes en semanas alternas. Las semanas sin sesión se realizarán ejercicios en el domicilio.

En un primer momento, se realizará la entrevista con el participante, recogiendo los datos del paciente y llevando a cabo los test antes mencionados. Con una duración aproximada de 60-90 minutos.

Posteriormente se clasificará y seleccionará a los pacientes, estableciendo los tres grupos mencionados según deterioro cognitivo:

- El grupo de deterioro cognitivo leve o sin deterioro acudirá los lunes.
- El grupo con deterioro cognitivo leve-moderado los miércoles.
- El grupo con deterioro cognitivo moderado-grave los viernes.

Las sesiones se realizarán en el turno de tarde dando comienzo a las 17h hasta las 18.30h aproximadamente, según la sesión del día.

En la última sesión, se realizará una evaluación final, posteriormente explicada, con una duración de una hora.

En total cada grupo, requiere doce horas de trabajo presencial con ellos, más las horas de planificación y registro, entre otras.

6. SESIONES

- Sesión cero: Evaluación inicial.

6.1. Grupo 1: Pacientes sin deterioro cognitivo o deterioro muy leve.

- Sesión 1: Pertenencia a un grupo.
- Sesión 2: ¿Volvemos al colegio?.
- Sesión 3: Vamos con el ejercicio AIVD.
- Sesión 4: Hora musical.
- Sesión 5: Día de los sentimientos.
- Sesión 6: Creatividad.
- Sesión 7: Bon Appetit
- Sesión 8: Nuevas tecnologías

6.2. Grupo 2: Pacientes con deterioro cognitivo leve-moderado

- Sesión 1: Pertenencia a un grupo.
- Sesión 2: ¿Volvemos al colegio?.
- Sesión 3: Vamos con el ejercicio ABVD/AIVD
- Sesión 4: Hora musical.
- Sesión 5: Día de los sentimientos.
- Sesión 6: Creatividad.
- Sesión 7: Bon Appetit
- Sesión 8: Instrumentos básicos.

6.3. Grupo 3: Pacientes con deterioro cognitivo moderado-grave.

- Sesión 1: Pertenencia a un grupo.
- Sesión 2: ¿Volvemos al colegio?.
- Sesión 3: Vamos con el ejercicio ABVD.
- Sesión 4: Hora musical.
- Sesión 5: Día de los sentimientos.
- Sesión 6: Creatividad.
- Sesión 7: Bon Appetit
- Sesión 8: Instrumentos de la vida diaria.

7. Evaluación

Para realizar la evaluación de cada uno de los programas se realizarán de nuevo los test (MiniMental, GDS, Lawton y Brody y Barthel). Se harán, al finalizar las ocho sesiones, y en los meses siguientes de seguimiento a los tres, seis y doce

(con una continuación en el domicilio de los ejercicios marcados) para así, poder objetivar las mejoras adquiridas en las funciones cognitivas. Además de realizar una encuesta al cuidador principal donde exprese su opinión sobre el programa y su percepción de mejora en cuanto a su familiar.

Es importante la adherencia a los ejercicios por parte de los participantes y de sus familiares para que se pueda evaluar de forma correcta la progresión alcanzada por los pacientes.

Además, realizaremos una evaluación continua de todos los participantes. Con los comentarios de los educadores, familiares y propios.

4 Bibliografía

1. Pérez Díaz J, Abellán García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. Un perfil de las personas mayores en España 2020. Indicadores estadísticos básicos. Envejecimiento en red [En línea]. 2020 (25). [Citado el 17 de Enero 2022]. Disponible en: envejecimiento.csic.es.
2. Jara Madrigal M. La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. Revista Cúpula [En línea]; 2008. [Citado el 19 de octubre 2021]; 22(2):11. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>.
3. Hamm, JM, Heckhausen, J., Shane, J. y Lachman. Investigación y noticias de neurociencia. La desconexión en los jubilados puede estar relacionada con el deterioro cognitivo [En línea]; 2020; [Citado el 27 de octubre 2021] Disponible en: <http://news-courier.com/neuroscience/news/disengagement-in-retirees-may-be-linked-to-cognitive-decline-332178>.
4. Sarango Cango EV. Programa de estimulación cognitiva con personas mayores: estudio piloto. Universiad Zaragoza [En línea]; 2019. [Citado el 17 de noviembre 2021]. Disponible en: zaguan.unizar.es.
5. González Ingelmo MI, Vicente Fuentes F, Martínez Lage P, Rodrigo Ramos J, Lleó Bisa A. Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023) [En línea]. 2019. [Citado el 21 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf.
6. Arriola Manchola E, Carnero Pardo C, Freire Pérez A, López Mongil R, López Trigo JA, Manzano Palomo S, et al. Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Documento de consenso. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología [En línea] 2017. [Citado el 19 de Enero 2022]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>.

7. Isidro Carretero V, Pérez Muñano C, Sánchez Valladares Jaramillo V, Balbás Reipila A. Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer. [En línea]; 2011. [Citado el 18 de Enero 2022]. Disponible en: https://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/13/Guia%20practica%20familiares%20de%20enfermos%20de%20Alzheimer_final.pdf.
8. Gobierno de Navarra. Metodología de Educación para la Salud individual y grupal [En línea]. [Citado el 16 de diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/0B4DA52B-F565-452C-A61F-256C6078766E/193904/MetodologiaEducacionindygrupal.pdf>.
9. Tarrés S. Mamá Psicóloga Infantil. Jugar al memory aumenta la atención y la memoria de los niños [En línea]. [Citado el 2 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.mamapsicologainfantil.com/jugar-al-memory-aumenta-la-atencion-y/>.
10. Ecognitiva - Ejercicios de Estimulación Cognitiva [En línea]; 2022. [Citado el 16 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.ecognitiva.com/>.
11. Cabrera Gil D, Montes E, Galindo L. Imentia. Cuidamos de tus recuerdos [En línea]. [Citado el 3 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.imentia.com/>.

Capítulo 56

ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

LAURA COMINO ROBLES

1 Introducción

La hemorragia digestiva es la pérdida hemática cuyo origen se encuentra en cualquier zona del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano, ambos inclusive. Los pacientes con hemorragia digestiva son ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), el vómito que contiene sangre oscura es una indicación del origen de la hemorragia por encima del ángulo de Treitz.

Cuando se eliminan heces con sangre y son oscuras también nos indica que es una hemorragia digestiva de bajo nivel.

Cuando se produce una rotura de varices las lesiones son altas y provienen de gastrointestinales, estas suelen ser varices esofágicas o úlceras pépticas sangrantes, en estas es cuando la sangre atraviesa muy rápido el intestino y sale por el ano y suelen tener un color rojo oscuro claro y se llaman hematoquesia.

Cuando se eliminan las heces negras nos indica una pérdida de sangre de origen gastrointestinal alto, y en ocasiones la hemorragia digestiva baja sangra el colon derecho.

Hay que saber si el paciente tiene una lesión susceptible de sangrar, úlcera péptica,

CUI, poliposis, diverticulosis, investigar la ingesta de aspirina o antiinflamatorios no esteroideos, o alcohol que pueden producir una gastritis hemorrágica.

La endoscopia facilita y mejora la efectividad de las enfermedades en su diagnóstico del tracto digestivo, las cápsulas endoscópicas nos dejan ver las lesiones del intestino delgado y del colon.

2 Objetivos

Exponer los cuidados del paciente con hemorragia digestiva y saber actuar en este tipo de hemorragias con la ayuda de la enfermera y personal sanitario.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline y Pubmed buscando artículos relacionados con la hemorragia digestiva , y se han utilizado palabras clave como: hemorragia, digestión, cuidados, personal enfermería, paciente, lesiones, endoscopia, etc.

4 Resultados

En la hemorragia digestiva baja es importante saber la edad del paciente para facilitarnos el diagnóstico.

Existen 4 causas frecuentes en la hemorragia digestiva en pacientes de más de 60 años que son la diverticulosis, la angiodisplasia, la enfermedad isquémica intestinal y el cáncer. En el paciente joven la poliposis es la más probable y la enfermedad de Crohn junto con las enfermedades bacterianas o parasitarias.

La hemorragia digestiva alta (HDA) es cuando la sangre se encuentra en el tubo digestivo en el tramo localizado entre el esófago y el ángulo de Treitz.

Se expresa clínicamente por la presencia de hematemesis, melena o hematoquecia.

La mortalidad por esta causa es variable, entre el 2 y el 20%, y depende sobre todo de la edad de los pacientes y sus posibles enfermedades asociadas, en la cantidad del sangrado y los signos de riesgo.

En la hemorragia interna se encuentra entre el esófago y el ángulo de Treitz (unión duodenoyeyunal). Es la forma más frecuente y grave. El paciente presenta hematemesis (vómitos con sangre fresca) y/o melenas (deposiciones de aspecto alquitranado). Las causas más frecuentes son: úlcera péptica (gástrica o duodenal), rotura de varices esofágicas o esofagogástricas y erosiones gastroduodenales agudas. De forma menos habitual, algunos síndromes como el de Mallory-Weiss. La hematoquecia indica hemorragia superior a 1000 ml en menos de una hora y un peristaltismo acelerado.

Hay que realizar una valoración inicial de las constantes del paciente, anamnesis (alergias antecedentes habituales), el nivel de conciencia, palidez y si tiene dolor o malestar, debemos de dar un tratamiento para disminuir la ansiedad.

En los cuidados del paciente debemos de asegurar la permeabilidad de la vía aérea, ponerle oxigenoterapia y preparar la intubación endotraqueal si fuera necesario. Debemos de prevenir la aspiración hemática en pacientes con bajo nivel de conciencia aislando la vía aérea debemos colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo o en posición lateral de seguridad si existen vómitos o posición de Trendelenburg si existe shock.

Debemos prestar atención si hubiera shock, vigilar el sangrado, si hay expulsión de sangre fresca en vómitos, en lavado gástrico o por recto indicando sangrado activo, monitorizar y registrar las constantes vitales y vigilar por si se pudiera producir anemia.

Cuidar la comodidad del paciente, adecuando el horario de actividades del personal sanitario para proporcionar el mayor descanso posible al paciente y facilitando cambios posturales e higiene, preparar al paciente y colaborar en técnicas diagnósticas y terapéuticas como endoscopias o cirugía (programada o urgente), registrar todas las actuaciones y técnicas.

En los cuidados de la sonda debemos comprobar la presión y pinzamiento de los balones, que esté correctamente situada realizando las con radiografías para su comprobación, proporcionar al paciente confort durante su tratamiento, sobre todo mantener la higiene bucal y nasal, evitar que tenga presión en la nariz y boca, darle apoyo emocional si el paciente se siente angustiado.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de las patologías crónicas en las personas mayores hace que estos ingieran mayor cantidad de medicamentos, en la mayoría de ellos favorecen la aparición de sangrados digestivos.

La hemorragia digestiva alta son ingresos muy frecuentes en cirugía y la mayoría de ellos son por síntomas de decaimiento, lipotimia y desorientación con antecedentes de enfermedades crónicas.

Hay épocas más frecuentes que se asocian con la ingestión previa de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y bebidas alcohólicas y esto suele causar una úlcera y puede llegar acabar o producir una hemorragia digestiva. También existe un mayor riesgo alto que es varicosa y se asocia con los antiinflamatorios no esteroideos en los pacientes que toman este tipo de fármacos.

6 Bibliografia

1. Sonnenberg A, Amorosi SL, Lacey MJ, Lieberman DA. Patterns of endoscopy in the United States: Analysis of data from the Center for Medicare and Medicaid services and the National Endoscopic Database. *Gastrointest Endosc.* 2008;67(3):489-96.
2. Kovalak M, Lake J, Mattek N, Eisen G. Patterns of endoscopy in the United States: Endoscopic screening for varices in cirrhotic patients: data from a national endoscopic database. *Gastrointest Endosc.* 2004;65(1).
3. Chen IC, Hung MS, Chiu TF, Chen JC, Hsiao CT. Risk scoring system to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *Am J Emerg Med.* 2007;25(7): 774-9.
4. Sanders DS, Carter MJ, Goodchap RJ, Cross SS, Gleeson DC, Lobo AJ. Prospective validation of the Rockall risk scoring system for upper GI hemorrhage in subgroups of patients with varices and peptic ulcers. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(3):630-5.

Capítulo 57

LA DIABETES GESTACIONAL

MARIA ARREAZA GARCÍA

LAURA MARTIN ESTEBAN

1 Introducción

La diabetes gestacional es la diabetes que se diagnostica por primera vez durante el embarazo, afectando en la forma en que las células utilizan el azúcar.

Las hormonas trabajan para mantener los niveles de glucosa sanguínea bajo control, sin embargo, durante el embarazo, los niveles hormonales cambian, lo que dificulta que el cuerpo procese la glucosa sanguínea de manera eficiente. Esto hace que aumente el nivel de glucosa sanguínea.

Por lo general, los niveles de glucosa sanguínea vuelven a sus valores normales poco después del parto.

La prevalencia de esta enfermedad es aproximadamente de 2 a 5% de los embarazos normales.

Algunos de los factores de riesgo de la diabetes gestacional son:

- Sobrepeso u obesidad
- Falta de actividad física
- Diabetes gestacional en un embarazo previo
- Edad > 35 años
- Miembro de la familia de primer grado con diabetes

Los síntomas suelen ser muy leves o inexistentes: visión borrosa, náuseas y vómitos, sed, pérdida de peso, poliuria.

Por ello para el diagnóstico de la diabetes gestacional se realiza el cribado con el test de O 'Sullivan es un examen médico que se realiza a todas las mujeres embarazadas, normalmente en las 24-28 semanas de gestación aunque existen algunos casos en los que se recomienda hacer el test antes si tiene de factores de riesgo.

Primero se extrae una muestra de sangre de la madre, después se administran 50g de azúcar vía oral y se realiza una nueva analítica sanguínea pasados 60 minutos. Valores <140mg/dl se consideran patológicos.

Si el resultado es >140mg/dl, se realizará el test de O 'Sullivan administrando 100g de glucosa vía oral realizando analítica sanguínea a los 60 minutos, 120 minutos y 180 minutos. Se considerará positiva y diagnóstico de DM si dos o más valores están elevados.

Una vez diagnosticada, se comenzará con el tratamiento que consiste en una dieta normo calórica y el ejercicio físico. Si no existe un buen control, se recurrirá a tratamiento farmacológico.

Podemos clasificar la diabetes gestacional en: tipo 1 control con dieta y ejercicio, tipo 2 tratamiento farmacológico.

2 Objetivos

- Conocer los factores de riesgo de tener diabetes gestacional.
- Exponer las mejores formas de tratamiento para esas gestantes
- Estudiar las consecuencias posibles en el neonato

3 Metodología

Se realiza buscando información en revisiones bibliográficas de artículos y estudios en los que se realiza seguimiento y control de pacientes embarazadas con diabetes gestacional y sin ellos, que presenten o no factores de riesgo y viendo la afectación producida a la gestante y al neonato.

4 Resultados

La diabetes durante la gestación supone una alteración en las condiciones metabólicas maternas que puede conllevar también alteraciones fetales.

Analizando los diferentes resultados encontrados en las revisiones bibliográficas, las gestantes en las que la alteración diabética fue más temprana, necesitaron llegar a usar una mayor cantidad de insulina, no siendo suficiente el control metabólico con dieta y ejercicio.

También se ha visto como el factor de riesgo de obesidad está muy relacionado, ya que las gestantes cuyo IMC era mayor al inicio de la gestación tienen más probabilidad de desarrollar diabetes gestacional. Lo mismo pasa con llevar un estilo de vida sedentario, que predispone a desarrollar la enfermedad.

Vemos como influir durante el embarazo sobre los factores de riesgo, puede disminuir la posibilidad de padecerla: Una alimentación adecuada durante el embarazo, mantener el IMC en rangos normales, realizar una actividad física regular, dejar de ser fumadora, llevar un buen control de los valores en sangre.

La incidencia global de malformaciones congénitas en hijos de madres con diabetes mellitus insulino dependiente es de 2 a 4 veces mayor que en la población general. Las malformaciones más frecuentes comprometen corazón, sistema nervioso central, riñón y vías urinarias.

Los hijos de madre diabética tienen un mayor riesgo de diabetes tipo 2 y de enfermedad coronaria de adulto.

Se han realizado estudios de seguimiento de hijos de madre diabética hasta los 7 años de edad, y se encuentran hallazgos de alteración en el desarrollo motor y cognitivo

El neonato puede presentar más incidencia de anemia, hiperbilirrubinemia, índices de Apgar inferiores e hipoglucemias (se ocasiona por la caída de los niveles plasmáticos de glucosa al nacer).

El feto macrosómico tiene asociadas una serie de complicaciones, tanto durante el parto como en la vida de neonato. Representan los partos más largos y mayor probabilidad de ser instrumentados, acabando parte de ellos siendo cesárea.

5 Discusión-Conclusión

El éxito del tratamiento de la mujer embarazada con diabetes se basa en el control metabólico durante todo el embarazo, y conseguir un diagnóstico temprano.

En cribado deberá realizarse en la primera visita de control del embarazo mediante glucemia basal, para conseguir una primera valoración. Para el diagnóstico

de diabetes, se realizará la tolerancia oral en las semanas 24 a 28 de gestación, con una sobrecarga oral en ayunas y analizando los valores en las horas sucesivas.

Para el tratamiento de la diabetes gestacional, se empezará con medidas nutricionales, ejercicio y vigilancia de la glucosa capilar; y el tratamiento farmacológico será necesario cuando con la dieta y el ejercicio no se logran mantener buenas cifras de glucosa en sangre.

6 Bibliografía

- Manuel de obstetricia para matronas (2016) Beatriz Espinilla Sanz et al.
- Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2004;27 Suppl I:S5-S10.
- Murillo Sevillano I. Diabetes mellitus. Algunas consideraciones necesarias. Medisur [Internet]. 2018
- Smith AO, Vigil-De Gracia P. Diabetes y embarazo. En: Obstetricia: complicaciones del embarazo. Vigil-De Gracia P. Ed Distribuna 2008;215-29

Capítulo 58

USO DE OLIGOSACÁRIDOS DE CARRAGENANO K/B DE BAJO GRADO SULFATADO (L-DS-KOS) EN EL MANEJO DE HERIDAS CRÓNICAS: ACTUALIZACIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS

SARA VALVERDE FERNANDEZ

1 Introducción

La presente investigación se centra en el desarrollo de un novedoso apósito de esponja diseñado específicamente para tratar heridas diabéticas. Para lograr esto, se utilizan oligosacáridos de carragenano κ/β de bajo grado sulfatado (L-DS-KOS).

En este estudio se ha descubierto que los L-DS-KOS tienen la capacidad de estimular la secreción de factores antiinflamatorios y acelerar la polarización de los macrófagos activados por LPS, específicamente de la variedad M1 a la variedad M2.

El presente trabajo también aborda la preparación y análisis de los oligosacáridos de carragenano κ (DS-KOS), así como sus efectos sobre macrófagos y fibroblastos. Para garantizar la seguridad y eficacia del tratamiento, se evaluó la biocompatibilidad y citotoxicidad de los DS-KOS en ambos tipos celulares, además de analizar

su influencia en la polarización de los macrófagos, la respuesta inflamatoria y la expresión de citocinas.

En el transcurso de la creación de este texto, también se ha evaluado el potencial terapéutico de los DS-KOS mediante la utilización de un modelo de rata diabética. A través de este modelo, se ha podido estudiar en profundidad la capacidad inmunomoduladora de los oligosacáridos de carragenano κ/β (KOS) para regular el proceso de polarización de los macrófagos y la secreción de factores inmunitarios. Asimismo, se ha observado la capacidad de acelerar el proceso de curación de heridas en la piel de las ratas diabéticas.

Este documento ofrece una revisión exhaustiva de la literatura existente sobre el carragenano y su potencial como agente de curación de heridas. Además, exploramos el uso del carragenano derivado de algas como un prometedor agente de curación de heridas, lo cual presenta nuevas oportunidades para el campo médico.

En resumen, esta investigación describe el desarrollo de un apósito de esponja para heridas diabéticas, elaborado con oligosacáridos de carragenano κ/β de bajo grado sulfatado (L-DS-KOS). Los hallazgos encontrados demuestran que este apósito acelera eficazmente el proceso de reparación de heridas de espesor completo en ratas diabéticas. Además, investigamos y destacamos el potencial terapéutico de los oligosacáridos de carragenano κ/β (KOS) para regular la polarización de los macrófagos y la secreción de factores inmunitarios, lo que contribuye al proceso de curación de heridas.

2 Objetivos

Los objetivos principales de la revisión bibliográfica son:

1. Analizar la eficacia y los mecanismos de acción de los oligosacáridos de carragenano κ/β de bajo grado sulfatado (L-DS-KOS) en la promoción de la reparación de heridas diabéticas, centrándonos en su capacidad para inducir la secreción de factores antiinflamatorios y acelerar la polarización de los macrófagos activados por LPS del tipo M1 al tipo M2.
2. Evaluar la biocompatibilidad y citotoxicidad de los oligosacáridos de carragenano κ (DS-KOS) en macrófagos y fibroblastos, con el fin de determinar su seguridad y potencial aplicación clínica en el tratamiento de heridas diabéticas.

3. Revisar exhaustivamente la literatura científica disponible sobre el uso de carragenano derivado de algas como agente de curación de heridas, examinando su eficacia y mecanismos de acción, así como las evidencias de su capacidad para regular la polarización de los macrófagos, modular la respuesta inflamatoria y acelerar el proceso de curación en heridas cutáneas en modelos animales diabéticos.

Estos objetivos permitirán ampliar el conocimiento actual sobre el uso de los oligosacáridos de carragenano κ/β y el carragenano derivado de algas en el tratamiento de heridas crónicas, brindando una base científica sólida para futuras investigaciones y el desarrollo de terapias efectivas en este campo.

3 Metodología

La metodología de esta revisión bibliográfica consistió en llevar a cabo una exhaustiva búsqueda en bases de datos especializadas (PubMed, Cinahl, Joanna Briggs) utilizando términos de búsqueda relacionados con el tema de interés.

Se seleccionaron más de 20 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos, como tener menos de 10 años de antigüedad y estar disponibles en los idiomas inglés y español. Posteriormente, se realizó un análisis detallado de los artículos, evaluando su relevancia y contenido. Como resultado, se extrajeron finalmente 4 artículos que cumplieran con los criterios de búsqueda booleana "oligosacáridos AND heridas".

Estos artículos fueron considerados como los más pertinentes y se utilizaron para la posterior elaboración del trabajo de revisión bibliográfica.

4 Resultados

En el presente estudio, se llevó a cabo la evaluación de un apósito de esponja desarrollado específicamente para tratar heridas diabéticas, empleando oligosacáridos de carragenano κ/β de bajo grado sulfatado (L-DS-KOS). (1)

Los resultados obtenidos revelaron que los L-DS-KOS tienen la capacidad de estimular la secreción de factores antiinflamatorios y acelerar la polarización de los macrófagos activados por LPS, promoviendo el cambio de fenotipo de M1 a M2. En consecuencia, se observó que el uso de dicho apósito aceleró eficazmente el proceso de reparación de heridas de espesor completo en ratas diabéticas. (2)

Además de evaluar la eficacia del apósito, se llevaron a cabo análisis exhaustivos para investigar la biocompatibilidad y citotoxicidad de los oligosacáridos de carragenano κ (DS-KOS) en macrófagos y fibroblastos. Se observó que los DS-KOS no presentaban efectos citotóxicos significativos en ambas células, lo que sugiere su seguridad potencial para su aplicación clínica en el tratamiento de heridas crónicas. Asimismo, se encontró que los DS-KOS tenían la capacidad de modular la polarización de los macrófagos, regular la respuesta inflamatoria y modificar la expresión de citocinas. (3)

En relación con la capacidad inmunomoduladora de los oligosacáridos de carragenano κ/β (KOS) en el proceso de curación de heridas en ratas, se encontró que estos compuestos podían regular la polarización de los macrófagos, promoviendo el cambio de M1 a M2. Esto sugiere que los KOS pueden mejorar la respuesta inmunitaria y acelerar el proceso de curación de heridas. Además, se observó una regulación positiva en la expresión de citocinas en macrófagos y fibroblastos tratados con los KOS, lo que indica su capacidad para modular la respuesta inflamatoria asociada al proceso de curación.

En resumen, los resultados obtenidos en este estudio indican que los oligosacáridos de carragenano κ/β de bajo grado sulfatado (L-DS-KOS) presentan propiedades beneficiosas para el tratamiento de heridas crónicas de difícil manejo (4). Estos compuestos demostraron su capacidad para promover la secreción de factores antiinflamatorios, acelerar la polarización de los macrófagos y regular la respuesta inflamatoria y la expresión de citocinas. Estos hallazgos respaldan la utilidad potencial de los oligosacáridos de carragenano κ/β (KOS) como agentes terapéuticos en el campo de la curación de heridas en pacientes con heridas crónicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los oligosacáridos de carragenano κ/β de bajo grado sulfatado (L-DS-KOS) demuestran ser prometedores para el desarrollo de apósitos de esponja destinados al tratamiento de heridas crónicas.

Este estudio proporciona evidencia sólida de que los L-DS-KOS pueden promover la secreción de factores antiinflamatorios, acelerar la polarización de los macrófagos y regular la respuesta inflamatoria y la expresión de citocinas. Estos hallazgos respaldan su potencial capacidad para mejorar el proceso de curación de heridas. Además, se ha demostrado la biocompatibilidad de los DS-KOS en macrófagos

y fibroblastos, lo que indica su seguridad para su uso clínico. Estos resultados refuerzan la relevancia de los oligosacáridos de carragenano κ/β como agentes terapéuticos en el campo de la curación de heridas y abren nuevas perspectivas para su aplicación clínica en el futuro.

6 Bibliografía

- (1) Song, R., Mao, X., & Tang, S. (2021). κ/β -Carrageenan oligosaccharides promoting polarization of LPS-activated macrophage and their potential in diabetes wound healing. *Materials science & engineering. C, Materials for biological applications*, 121, 111830. <https://doi.org/10.1016/j.msec.2020.111830>
- (2) Tolg, C., Telmer, P., & Turley, E. (2014). Specific sizes of hyaluronan oligosaccharides stimulate fibroblast migration and excisional wound repair. *PloS one*, 9(2), e88479. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088479>
- (3) Li, S., Liu, J., Liu, S., Jiao, W., & Wang, X. (2021). Chitosan oligosaccharides packaged into rat adipose mesenchymal stem cells-derived extracellular vesicles facilitating cartilage injury repair and alleviating osteoarthritis. *Journal of nanobiotechnology*, 19(1), 343. <https://doi.org/10.1186/s12951-021-01086-x>
- (4) Chakrabarti, S., Chattopadhyay, P., Islam, J., Ray, S., Raju, P. S., & Mazumder, B. (2019). Aspects of Nanomaterials in Wound Healing. *Current drug delivery*, 16(1), 26–41. <https://doi.org/10.2174/1567201815666180918110134>

Capítulo 59

USO DE APÓSITOS DE NANOFIBRAS ELECTROHILADAS DE POLISACARIDOS EN EL CUIDADO Y MANEJO DE HERIDAS CRÓNICAS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

SARA VALVERDE FERNANDEZ

1 Introducción

Esta revisión bibliográfica se centra en la relevancia de los materiales de cura de heridas y en cómo la aplicación de la nanotecnología puede potenciar su eficacia.

Las heridas crónicas, como las ocasionadas por la diabetes, representan un importante problema de salud a nivel mundial, y su tratamiento resulta costoso y complejo. Asimismo, los materiales tradicionales utilizados en la cura de heridas, como las gasas y los apósitos, presentan limitaciones en su capacidad para promover la cicatrización y prevenir infecciones.

En este contexto, la nanotecnología emerge como una solución prometedora para mejorar los materiales de cura de heridas. Los materiales nanoestructurados exhiben propiedades únicas, tales como una elevada área superficial y una alta porosidad, lo que los convierte en candidatos ideales para su implementación en el manejo de lesiones. Además, estos materiales pueden ser diseñados para

liberar medicamentos de forma controlada, lo que contribuye a optimizar la eficacia del tratamiento.

Asimismo, es importante emplear materiales de cura de heridas que sean biocompatibles y biodegradables. Los materiales de origen natural, como los polisacáridos, resultan atractivos para la cicatrización de heridas debido a sus propiedades biológicas y su capacidad de mantener un entorno húmedo en la lesión.

En resumen, subrayamos la importancia de los materiales de cura de heridas y el potencial de la nanotecnología para mejorar su eficacia. Asimismo, destacamos la relevancia de utilizar materiales biocompatibles y biodegradables en el proceso de cicatrización de heridas.

2 Objetivos

1. Evaluar el papel de la nanotecnología en la mejora de la eficacia de los materiales de cura de heridas: examinar críticamente la literatura científica disponible para determinar el impacto de la nanotecnología en la optimización de los materiales utilizados en la cura de heridas, analizando su capacidad para promover la cicatrización y prevenir infecciones.
2. Analizar la viabilidad de los materiales biocompatibles y biodegradables en la cura de heridas: investigar la idoneidad de los materiales biocompatibles y biodegradables, particularmente los polisacáridos de origen natural, para la aplicación en la cura de heridas. Evaluar sus propiedades biológicas y su capacidad para mantener un ambiente óptimo en la herida para el proceso de cicatrización.
3. Examinar la relevancia y la problemática de las heridas crónicas y su impacto en la salud global: analizar la importancia y las implicaciones de las heridas crónicas, especialmente las relacionadas con enfermedades como la diabetes. Comprender la magnitud del problema a nivel mundial, así como su complejidad y el coste asociado al tratamiento, para destacar la necesidad de abordar estas heridas de manera efectiva mediante la mejora de los materiales de curas.

3 Metodología

La metodología de la revisión bibliográfica consistió en llevar a cabo una exhaustiva búsqueda en bases de datos especializadas, utilizando términos de búsqueda relacionados con el tema de interés.

Se seleccionaron más de 20 artículos que cumplían con los criterios de inclusión establecidos, como tener menos de 5 años de antigüedad y estar disponibles en los idiomas inglés y español.

Posteriormente, se realizó un análisis detallado de los artículos, evaluando su relevancia y contenido. Como resultado, se extrajeron finalmente 5 artículos que cumplían con los criterios de búsqueda booleana "electrospun particles AND wound treatment". Estos artículos fueron considerados como los más pertinentes y se utilizaron para la posterior elaboración del trabajo de revisión bibliográfica.

4 Resultados

La discusión de esta revisión sistemática se centra en los avances recientes en el uso de nanofibras electrohiladas de polisacáridos como apósitos para la curación de heridas. Destacamos los nanopolisacaridos como una opción atractiva debido a su biocompatibilidad y biodegradabilidad.

Además, resaltamos que las nanofibras electrohiladas presentan características deseables como una amplia área superficial, alta porosidad, buenas propiedades mecánicas y excelente biocompatibilidad. (1)

Sin embargo, existen limitaciones en cuanto a los tipos de polisacáridos que se pueden utilizar mediante la tecnología de electrohilado, lo que restringe el rango de propiedades que se pueden obtener en los apósitos y los tipos de heridas que pueden ser tratadas. (2)

El mundo del electrohilado es muy amplio, utilizando diversos materiales como el quitosano, el almidón, el alginato y el ácido hialurónico y diferentes estrategias de preparación, como el electrohilado de mezclas, el electrohilado coaxial, las membranas de nanofibras electrohiladas multicapa y el recubrimiento de nanofibras electrohiladas. (3) Estas estrategias proporcionan funciones específicas en los apósitos, como la hemostasia, la actividad antibacteriana, la retención de humedad y la generación de tejido.

Los apósitos con funciones específicas para abordar las heridas crónicas presentan desafíos adicionales debido a la inflamación crónica, trastornos en la secreción de factores de crecimiento, infecciones microbianas y la falta de angiogénesis. Los apósitos con funciones específicas se consideran una solución prometedora, ya que pueden corregir las etapas interrumpidas de la curación de heridas y guiar el proceso de cicatrización de manera ordenada. (4)

Esta discusión destaca los avances y las limitaciones en el uso de nanofibras electrohiladas de polisacáridos como apósitos para la cura de heridas, así como la importancia de desarrollar apósitos con funciones específicas para abordar las heridas crónicas de manera efectiva.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la utilización de nanofibras electrohiladas de polisacáridos como apósitos para la cura de heridas representa un campo prometedor en la búsqueda de soluciones efectivas para el tratamiento de heridas.

Los polisacáridos, por su biocompatibilidad y biodegradabilidad, se presentan como una opción atractiva en la fabricación de estos apósitos. Las nanofibras electrohiladas, con sus propiedades únicas como un amplio área superficial, alta porosidad y excelente biocompatibilidad, ofrecen características deseables para mejorar el proceso de cicatrización.

No obstante, se reconoce que existen desafíos a superar, como la limitación en la variedad de polisacáridos disponibles mediante la tecnología de electrohilado y las restricciones en cuanto a las propiedades y los tipos de heridas que se pueden tratar.

Es fundamental continuar investigando y desarrollando nuevas estrategias de preparación, como el electrohilado de mezclas y el electrohilado coaxial, para ampliar las posibilidades de aplicación.

Asimismo, se destaca la importancia de los apósitos con funciones específicas, que pueden abordar problemas específicos en las heridas crónicas, como la inflamación crónica, los trastornos en la secreción de factores de crecimiento y las infecciones microbianas. Estos apósitos especializados tienen el potencial de mejorar significativamente el proceso de cicatrización y promover una recuperación más eficaz.

En resumen, la investigación en nanofibras electrohiladas de polisacáridos como apósitos para la curación de heridas continúa avanzando y ofrece una gran promesa en la mejora de los resultados en el tratamiento de heridas. Se requiere un enfoque multidisciplinar y un esfuerzo continuo para superar las limitaciones existentes y desarrollar soluciones más efectivas y personalizadas para diferentes tipos de heridas, lo que contribuirá a mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir la carga de las heridas crónicas en la sociedad.

6 Bibliografia

- (1) Tan, G., Wang, L., Pan, W., & Chen, K. (2022). Polysaccharide Electrospun Nanofibers for Wound Healing Applications. *International journal of nanomedicine*, 17, 3913–3931. <https://doi.org/10.2147/IJN.S371900>
- (2) Liu, X., Xu, H., Zhang, M., & Yu, D. G. (2021). Electrospun Medicated Nanofibers for Wound Healing: Review. *Membranes*, 11(10), 770. <https://doi.org/10.3390/membranes11100770>
- (3) Akombaetwa, N., Bwanga, A., Makoni, P. A., & Witika, B. A. (2022). Applications of Electrospun Drug-Eluting Nanofibers in Wound Healing: Current and Future Perspectives. *Polymers*, 14(14), 2931. <https://doi.org/10.3390/polym14142931>
- (4) Iacob, A. T., Drăgan, M., Ionescu, O. M., Profire, L., Fica, A., Andronescu, E., Confederat, L. G., & Lupașcu, D. (2020). An Overview of Biopolymeric Electrospun Nanofibers Based on Polysaccharides for Wound Healing Management. *Pharmaceutics*, 12(10), 983. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics12100983>
- (5) Chen, S., Liu, B., Carlson, M. A., Gombart, A. F., Reilly, D. A., & Xie, J. (2017). Recent advances in electrospun nanofibers for wound healing. *Nanomedicine (London, England)*, 12(11), 1335–1352. <https://doi.org/10.2217/nnm-2017-0017>

Capítulo 60

USO DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN TRAS CESÁREA

LIDIA FANDIÑO GOMEZ

GLORIA MARÍN HERRANZ

MARÍA DEL PUERTO DILLANA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El plano transverso del abdomen (TAP) es un espacio anatómico entre el músculo transverso y el oblicuo interno que se extiende por toda la pared abdominal hasta finalizar en la aponeurosis de los músculos rectos.

El bloqueo TAP, o bloqueo del plano transverso del abdomen es técnicamente de fácil realización, es una técnica de analgesia regional postoperatoria basada en la inyección de un bolo de anestesia local en dicho espacio anatómico que bloquea las fibras aferentes somáticas que inervan la pared abdominal anterior, produciendo una analgesia del dolor de tipo somático, unilateral entre el margen costal y el ligamento inguinal. (piel, músculos y peritoneo parietal) desde T7 a L1.

Se trata de un bloqueo interfascial, donde necesitamos un volumen grande de anestésico local (habitualmente entre 20 y 30 cc) para conseguir cubrir la zona adecuadamente y alcanzar el efecto deseado. Por este motivo hay que tener precaución en no llegar a dosis tóxicas. Como queremos conseguir una analgesia lo

más duradera posible, es recomendable usar anestésicos locales de vida media larga.

Para la realización de esta técnica, primero, colocamos al paciente en decúbito supino o decúbito lateral. Tras las medidas de asepsia, se posiciona la sonda lineal de nuestro ecógrafo perpendicular a la línea media axilar, entre la cresta ilíaca y el reborde costal, donde identificaremos los músculos oblicuo externo, oblicuo interno, transverso abdominal y peritoneo. Posteriormente, introduciremos la aguja en plano, desde medial hacia lateral, buscando colocar la punta de la misma en la fascia ubicada entre el músculo oblicuo interno y el músculo transverso del abdomen. Localizada dicha fascia realizaremos la inyección del anestésico local.

2 Objetivos

Estudiar el uso del plano transversal del abdomen tras una cesárea.

3 Metodología

Para la elaboración de este 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 de las principales bases de datos como Medline y science, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La mayoría de mujeres permanecerán en el hospital por 2 a 3 días después del parto por cesárea. Aproveche el tiempo para crear un vínculo con su bebé, descansar y recibir ayuda con la alimentación y el cuidado de su bebé. La recuperación toma más tiempo que con un parto vaginal. Debe caminar después de haber tenido la cesárea, para recuperar su velocidad. Los analgésicos orales pueden ayudarle a disminuir la incomodidad.

El bloqueo del plano transversal abdominal es una técnica de anestesia regional, que guiada mediante ecografía suministra analgesia al peritoneo parietal, a la piel y músculos de la pared anterior del abdomen, disminuyendo así el grado de dolor en reposo y en movimiento en las primeras 24 horas.

El bloqueo del plano transversal abdominal es una técnica analgésica eficaz para el manejo del dolor posterior a la cesárea, y al ser una técnica ecoguiada para

la aplicación del anestésico local en tiempo real, minimiza el riesgo de daño de vísceras abdominales y un alto rango de éxito, por lo que con la colocación de un catéter TAP tras una cesárea, mejora la autonomía de la madre, ya que su correcta ejecución, reduce el dolor postoperatorio, el consumo de opioides y los efectos de estos mismos.

La eficacia de este bloqueo TAP permite la buena movilización de las pacientes, registrando una buena calidad de movimiento tanto para moverse en la cama, sentarse o deambular. La realización del bloqueo TAP, dentro de un marco de analgesia multimodal, mejoró la analgesia postoperatoria después de la cesárea. Las pacientes requieren un menor porcentaje de rescates analgésicos y dan bajas puntuaciones en la escala de evaluación del dolor a la primera y segunda hora del postoperatorio, tanto en reposo como en movimiento.

5 Discusión-Conclusión

Tras una cesárea, la paciente se sentirá agotada y con dolor, tanto que solo levantarse de la cama parece una tarea demasiado grande. Está demostrado que cuanto antes comience a moverse la recuperación será más temprana.

Al reducirse el dolor postoperatorio de la pared abdominal, hay una buena calidad en la actividad física, estas pacientes pueden levantarse de la cama, deambular e incluso sentarse sin ayuda desde las primeras horas, lo que tiene un mayor bienestar mejorando la relación madre-hijo y disminuyendo la morbilidad a consecuencia de la inmovilización. De igual forma, la realización del bloqueo TAP disminuye la necesidad de rescates analgésicos orales.

6 Bibliografía

- Catalá Elena. Manual del tratamiento del dolor. 4 ed. España. Editorial Permanyer. Enero, 2021.
- Anestesiari.org. Papel del bloqueo TAP en la analgesia postoperatoria. <https://anestesiari.org/2015/tap/>
- MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000620.htm>
<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/c-section-recovery/art-20047310?p=1>
- Science. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255496314000178>

Capítulo 61

EL HIDROGEL COMO VEHÍCULO PARA ASEGURAR EL TRATAMIENTO Y CURA DE HERIDAS: UNA PERSPECTIVA ENFERMERA

SARA VALVERDE FERNANDEZ

1 Introducción

En el mundo actual de manejo y tratamiento de heridas, hemos visto un cambio de tendencia incluyendo habitualmente el uso de hidrogeles, chitosán, sangre coagulada del propio paciente y otros compuestos naturales. En esta revisión bibliográfica, vamos a explorar los mecanismos de acción y los posibles beneficios de estas terapias en la promoción de la curación de heridas y la reducción de la inflamación.

Una de las estrategias de cuidado habitual en el manejo de heridas crónicas es el uso de un hidrogel. En los últimos tiempos, los hidrogeles se han sofisticado y los hay que incluyen biopéptidos activos, utilizados especialmente en el manejo de úlceras diabéticas.

El hidrogel demostró tener excelentes propiedades fisicoquímicas in vitro, actividad antioxidante y ser seguro a nivel biológico. Se ha demostrado ampliamente que el hidrogel favorece y mejora las características inmunohistoquímicas de la herida.

El hidrogel actúa como vehículo para permitir que ciertas sustancias activas estén más biodisponibles y lleguen a penetrar en capas más profundas de la dermis. Algunos de estos activos, como el chitosán y vitaminas (como B5, B6, probióticos) está ampliamente demostrado que favorecen la angiogénesis y deposición de

colágeno, y a su vez reducen la inflamación y restauran la diversidad y estructura de la microbiota en el sitio de la herida.

Por todo esto, podemos asegurar que el hidrogel es uno de los agentes terapéuticos más prometedores con los que contamos actualmente en el manejo y tratamiento de heridas.

2 Objetivos

1. Explorar los mecanismos de acción de los hidrogeles y otros compuestos naturales en el manejo y tratamiento de heridas.
2. Investigar los posibles beneficios de las terapias con hidrogeles en la promoción de la curación de heridas y la reducción de la inflamación.
3. Evaluar la eficacia del hidrogel como agente terapéutico prometedor en el manejo y tratamiento de heridas.

3 Metodología

La metodología de esta revisión bibliográfica consistió en llevar a cabo una exhaustiva búsqueda en bases de datos especializadas (tales como Pubmed, Cinahl, Joanna Briggs), utilizando términos de búsqueda relacionados con el tema de interés.

Se seleccionaron más de 20 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos, como tener menos de 12 años de antigüedad y estar disponibles en los idiomas inglés y español.

Posteriormente, se realizó un análisis detallado de los artículos, evaluando su relevancia y contenido. Como resultado, se extrajeron finalmente 4 artículos que cumplieran con los criterios de búsqueda booleana "hydrogel AND natural therapy AND wound treatment OR ulcer". Estos artículos fueron considerados como los más pertinentes y se utilizaron para la posterior elaboración del trabajo de revisión bibliográfica.

4 Resultados

A lo largo del estudio realizado y de la ardua investigación y lectura de los artículos seleccionados observamos que aquellas heridas en las que se utilizó el hidrogel como vehículo conductor (impregnado o no de sustancias ya descritas anteriormente, tales como los biopéptidos activos, el quitosán, o el alginato de sodio

(CAH)) se logró reducir significativamente el tiempo de evolución de las heridas a estudio, en comparación con el grupo de control, ya que en todas estas heridas se mejoró la angiogénesis, depósito de colágeno y por ende la reepitelización significativa y masiva de la herida, así como la reducción de la inflamación y otros efectos adversos. (1)

En heridas tratadas con hidrogel se ha observado que la microbiota en el sitio de la herida aparece restaurada y se mejora la diversidad y estructura de la misma. En estas heridas se encontraron varias proteínas activas, utilizadas como biomarcadores de salud de dicho tejido. A su vez, el uso de esta terapia novedosa se ha podido demostrar que regula positivamente la expresión de dichos biomarcadores en el lecho de la herida. (2)

En general, los resultados sugieren que el tratamiento con hidrogel puede ser una terapia prometedora para la cura de heridas en pacientes con úlceras crónicas o de tipo diabético. El estudio también destaca la importancia de la microbiota de la piel como coadyuvante en el proceso de sanación y cura de heridas y sugiere que el tratamiento con hidrogel y otras terapias naturales puede tener un efecto beneficioso en la composición de la microbiota de la piel en el sitio de la herida. (3)

Para finalizar, solo remarcar que la investigación respalda la eficacia del hidrogel como terapia prometedora para la curación de heridas crónicas y diabéticas. Además, destaca la importancia de la microbiota cutánea en el proceso de curación y sugiere que el tratamiento con hidrogel y otras terapias naturales puede beneficiar su composición. (4)

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los hallazgos de este estudio respaldan la utilización del hidrogel como un agente terapéutico prometedor en el manejo y tratamiento de heridas crónicas y úlceras diabéticas.

El hidrogel, ya sea solo o impregnado con sustancias activas como biopéptidos, chitosán y alginato de sodio, demostró reducir significativamente el tiempo de cicatrización y mejorar la angiogénesis, el depósito de colágeno y la reepitelización de las heridas. Además, se observó una restauración de la microbiota cutánea en el sitio de la herida, junto con una mejora en su diversidad y estructura.

Estos resultados indican que el tratamiento con hidrogel puede regular positivamente la expresión de biomarcadores y tener efectos beneficiosos en la composición de la microbiota.

En conjunto, estos hallazgos respaldan el potencial del hidrogel y otras terapias

naturales en la promoción de la curación de heridas y la reducción de la inflamación en pacientes con heridas crónicas y úlceras diabéticas.

6 Bibliografía

1. Hao, M., Ding, C., Sun, S., Peng, X., & Liu, W. (2022). Chitosan/Sodium Alginate/Velvet Antler Blood Peptides Hydrogel Promotes Diabetic Wound Healing via Regulating Angiogenesis, Inflammatory Response and Skin Flora. *Journal of inflammation research*, 15, 4921–4938. <https://doi.org/10.2147/JIR.S376692>.
2. Wu, H., Ni, R., Shi, Y., Hu, Y., Shen, Z., Pang, Q., & Zhu, Y. (2023). The Promising Hydrogel Candidates for Preclinically Treating Diabetic Foot Ulcer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Advances in wound care*, 12(1), 28–37. <https://doi.org/10.1089/wound.2021.0162>.
3. Gustinelli Barbosa, M. A., Paggiaro, A. O., Fernandes de Carvalho, V., Isaac, C., & Gemperli, R. (2020). Effects of Hydrogel With Enriched Sodium Alginate in Wounds of Diabetic Patients. *Plastic surgical nursing : official journal of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgical Nurses*, 40(2), 110–115. <https://doi.org/10.1097/PSN.0000000000000317>.
4. Dumville, J. C., O'Meara, S., Deshpande, S., & Speak, K. (2012). Alginate dressings for healing diabetic foot ulcers. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD009110. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009110.pub2>.

Capítulo 62

ENDOFTALMITIS UNA DE LAS PATOLOGÍAS OFTALMOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

PATRICIA PRIEGO QUERO

1 Introducción

: la zona interior de la estructura ocular es estéril y se encuentra protegida para evitar que cualquier bacteria o microorganismo lo pueda afectar. Cuando algún patógeno penetra en el ojo puede desencadenar una infección delicada y peligrosa que se conoce con el nombre de endoftalmitis. Tratar a tiempo esta patología es necesario para evitar complicaciones mayores como la pérdida de visión.

La endoftalmitis es un tipo de inflamación de la capa intermedia del globo ocular que puede afectar al iris, al cuerpo ciliar o a la coroides. Es en definitiva una infección que puede afectar a los tejidos, líquido y estructuras de la parte interna del ojo.

El origen puede ser el traumatismo de globo abierto, cirugía intraocular. La incidencia es de 2,1% tras una lesión de globo ocular, de 0,039% tras cirugía cataratas de entre 0,02-0,05% después de inyección intravítrea.

Existen varios tipos dentro de su etiología:

- Las endoftalmitis exógenas son las más frecuentes y dentro de esta clasificación están:

☒ Cirugía ocular:

1. Cirugía de cataratas, en estos casos la complicación y posterior aparición de una endoftalmitis es poco frecuente es de aproximadamente 1 caso entre 1.000 procedimientos.

2. Inyecciones intravítreas (ITV).

☒ Traumatismo ocular: causa poco usual, pero se da tras retirada de una sutura, una úlcera corneal, una celutitis corneal mal controlada, o presencia de cuerpo extraño intraocular (CEIO).

- Las endoftalmitis endógenas son menos frecuentes, aunque se pueden dar en ciertos casos, en pacientes que sufren inmunosupresión.

☒ De origen infeccioso: originada por diseminación hematológica derivada del abuso de drogas por vía parental o por una meningitis ☒ en oftalmitis metastásica.

☒ De origen no infeccioso: por propagación de inflamación del nervio óptico o inflamación debido a la necrosis de un tumor intraocular.

- Endoftalmitis bacterianas: aparecen durante los primeros diez días tras la intervención o traumatismo ocular.

☒ Coco gram- positivos: son los responsables de un alto porcentaje de los casos. Entre otros destacan *Staphylococcus epidermis*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus*.

☒ Cocos gram-negativos: como *Pseudomonas aeruginosa*, *Citrobacter* y *Escherichia Coli*.

2 Objetivos

- Conocer e identificar los primeros síntomas que suelen cursar los primeros días de la endoftalmitis.
- Enunciar los cuidados postquirúrgicos de enfermería.
- Indicar los cuidados postquirúrgicos que deben realizar los pacientes.
- Analizar la seguridad y eficacia de los antibióticos para el tratamiento en las endoftalmitis bacterianas.

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, seleccionando aquellos artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Scielo, Medline.

4 Resultados

De entre los signos y síntomas más característicos caben destacar:

- Dolor ocular que aparece repentinamente después de una cirugía o traumatismo y que no cede con analgesia.
- Enrojecimiento intenso de la conjuntiva.
- Secreción blanca o amarilla del ojo.
- Disminución de la visión o visión borrosa de forma súbita.
- Hipopión: acumulación de pus en la cámara anterior.

Ya que este problema muestra un importante impacto social y económico, puesto que en el peor de los casos se puede llegar a la pérdida del ojo, de ahí la importancia de potenciar las medidas para disminuir los factores de riesgo, estandarizando la profilaxis en las cirugías y tratamiento farmacológico de urgencia.

En profilaxis preoperatoria de endoftalmitis en cualquier cirugía es imprescindible el uso de la Povidona Iodada al 5% en ojo, siempre dejándola actuar durante 3 minutos. Como alternativa en casos de alergia, Clorhexidina 0,05%. En el intraoperatorio existe ciertos pasos que se deben seguir y la maniobra final ha de ser una inyección intracameral de antibióticos, con esto se han reducido las infecciones por estafilococos y estreptococos. En profilaxis postoperatoria las fluoroquinolonas tópicas se utilizan durante una semana para evitar y prevenir las posibles filtraciones de la herida quirúrgica.

Un gran porcentaje de los microorganismos responsables de las endoftalmitis postquirúrgicas proviene de la propia flora del paciente, que contamina el interior del globo ocular durante el acto quirúrgico.

El objetivo principal de la enfermera será controlar y reducir la carga bacteriana durante la intervención. Realizará una minuciosa anamnesis: edad, enfermedades sistémicas, tratamiento inmunosupresor, historia de patologías oculares. La antisepsia comienza antes de entrar en el área quirúrgica con la preparación del campo estéril como del paciente, bata desechable, gorro, mascarilla y calzas. Para profilaxis preoperatoria en cualquier cirugía intraocular fundamental el uso de Povidona Iodada al 5% en superficie ocular dejándola actuar 3 minutos, como alternativa en casos de alergia Clorhexidina 0,05%. Como maniobra final se realizará una inyección intracameral de antibióticos por parte del oftalmólogo.

Por lo general, la endoftalmitis se trata con antibióticos administrados a través de una inyección intraocular, también puede que el médico indique el uso de esteroides en gotas para combatir la inflamación. Cuando la endoftalmitis está muy avanzada puede ser necesario realizar una cirugía llamada vitrectomía.

5 Discusión-Conclusión

Tras una intervención oftalmológica los cuidados postquirúrgicos que lleva a cabo la enfermera se centra en controlar algunos parámetros:

- Nivel de dolor: Controlando el tiempo de duración y las causas. Además, debe explicar a la familia o paciente la pauta a seguir para tratarlo con la analgesia apropiada.
- Identificar la aparición de los signos de infección ocular.
- Dar el informe médico al paciente en el que vendrán explicadas las pautas: debe llevar el ojo tapado en algunos casos, y tener una correcta higiene de manos antes de ponerse la medicación tópica para evitar infecciones. Asegurarse que lo ha entendido todo sin problemas.

6 Bibliografía

1. Manejo y prevalencia de endoftalmitis en las inyecciones intravítreas [Internet] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/38271/TFM-H459.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Atención de enfermería en urgencias de oftalmología: Endoftalmitis [Internet] Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2009/pagina5.html>.
3. Endoftalmitis [Internet] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001626.htm>.
4. Actualización en la prevención y el tratamiento de la endoftalmitis postquirúrgica [Internet] Disponible en: <https://sociedadcanariadeoftalmologia.com/wp-content/revista/revista-30/30sco10.pdf>.
5. Endoftalmitis traumática [Internet] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762012000400009.

Capítulo 63

MANEJO DE ENFERMERÍA DEL CATÉTER CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO (PICC)

LIDIA FANDIÑO GOMEZ

GLORIA MARÍN HERRANZ

MARÍA DEL PUERTO DILLANA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El catéter PICC es un catéter central canalizado por vía periférica por personal de enfermería. Se elige una vena de la parte superior del brazo (vena cefálica, basílica, mediana cubital o braquial) y se introduce una sonda larga y delgada que llega hasta la vena cava, cerca del corazón. El personal de enfermería son los responsables de la inserción y mantenimiento de este tipo de catéteres.

Está indicado en pacientes de largo tratamiento por vía intravenosa, pacientes que precisan de extracciones de sangre de rutina y las vías periféricas se han complicado. El PICC es usado para la administración de nutrición parenteral, administración de medicación intravenosa, sueroterapia y también para sacar sangre para las analíticas que se precisen. Es una buena opción para pacientes oncológicos, hematológicos y en servicios de pacientes críticos.

Se deben evitar las flexuras, venas con presencia de flebitis, miembros con vaciamiento ganglionar o venas trombosadas o varicosas.

Tras su inserción, el paciente recibirá la correcta educación sanitaria para su mantenimiento diario y evitar infecciones, se explicará que pueden ducharse con

cuidado, como se debe limpiar el PICC, que es fundamental secarlo minuciosamente, y cambiar el apósito con regularidad.

Pueden existir complicaciones, siendo las más comunes la infección, la aparición de trombosis, oclusión del PICC o lesiones cutáneas por el uso de esparadrapos o apósitos.

2 Objetivos

Conocer el procedimiento de la correcta técnica de inserción y posterior cuidado y mantenimiento del catéter PICC para evitar las posibles complicaciones durante la colocación y prevenir las infecciones en el paciente.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica ya existente. Se ha elaborado una búsqueda sistemática de libros y artículos de revistas científicas, así como también se han consultado artículos de las principales bases de datos Pubmed, Medline o Scielo.

4 Resultados

El personal de enfermería está totalmente cualificado para la inserción del catéter central de acceso periférico (PICC), bajo prescripción médica. Las venas basilicas del brazo son la primera opción para la colocación de estos dispositivos, aunque también podrían usarse las venas cefálicas, mediana cubital o braquial.

Para su colocación, previamente se informará de todo el proceso al paciente, respondiendo a cualquier duda que este tenga. Tras la explicación se procede a empezar la técnica:

Es una técnica ecoguiada, por lo que primero, se observará mediante imágenes de ecografía la zona elegida, buscando así la mejor vena para la posterior canalización del catéter.

Una vez elegido el punto de inserción, es importante la preparación de un campo estéril. El personal sanitario realizará una correcta limpieza de manos y colocará un paño estéril, cubriendo todo alrededor del brazo del paciente.

Se limpiará la piel del paciente con una solución antiséptica y se anestesiará localmente el sitio donde se colocará el PICC, disminuyendo el dolor y posibles

molestias que causaremos en el paciente.

Manteniendo la vena localizada, se pinchará y se irá introduciendo con cuidado el catéter hasta llegar a la parte superior de la vena cava. El otro extremo del catéter lo mantendremos siempre visible y lo sujetaremos a la piel mediante sutura.

Fijamos el catéter con un apósito y se puede colocar un vendaje sobre la zona para mantenerlo más sujeto.

Se limpia el catéter con suero fisiológico y se sella con heparina, para así evitar obstrucciones y formación de coágulos de sangre.

Para confirmar la correcta posición de la punta del catéter, se puede realizar una placa de control u otra prueba de imagen.

Para la manipulación y cuidado de este dispositivo, es fundamental el correcto lavado de manos, así como realizarlo mediante una técnica estéril, para evitar una posible bacteriemia. Cada 7/10 días, por personal sanitario, se realizará la desinfección del punto de inserción y toda la zona de alrededor, cambiando el apósito y el bioconector. Se lavará con 10 ml de suero fisiológico (con la técnica push-stop de presión positiva). Finalmente, se sella con heparina y se vuelve a tapar.

5 Discusión-Conclusión

El PICC es un dispositivo muy eficaz por sus mínimos riesgos en su canalización y por sus ventajas frente a los catéteres venosos centrales normales.

Es fundamental que el personal sanitario tenga un buen conocimiento de esta técnica, ya que la correcta higiene de manos y la buena realización de un campo estéril previene las infecciones y la posible bacteriemia que podamos ocasionar en los pacientes portadores de estos catéteres.

Es cómodo para el paciente, evitándole un mayor número de pinchazos tanto para la administración de medicación como para las extracciones sanguíneas pertinentes.

Es importante dar una buena educación sanitaria, ya que así, el paciente es capaz de mantenerlo limpio.

6 Bibliografía

1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30190250/>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000461.htm>
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-el-manejo-del-cateter-central-de-insercion-periferica-picc/>

4. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/canalizacion-y-cuidados-de-enfermeria-de-un-cateter-central-de-insercion-periferica-picc-en-el-paciente-critico-en-uci/>

Capítulo 64

CONTENCION FÍSICA PARA PACIENTES PSQUIÁTRICOS

ANDREA ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La contención física, es un recurso terapéutico utilizada en situaciones limite para mantener bajo control conductas que implican un gran peligro para el paciente , para otros, o para profesionales que estén trabajando .debemos tener muy claro que la contención se realiza después de que todas las otras técnicas y medidas alternativas hayan fracasado.

En esta técnica debemos tener en cuenta siempre la importancia del respeto a la persona a la que le estamos realizando la contención , de su libertad de los movimientos, la seguridad y la salud. Conocer como el equipo de enfermería debemos de actuaren todo momento con pacientes que tengan riesgo de auto lesión es muy importante para este procedimiento . el uso de las contenciones pueden vulnerar los derechos del paciente siendo necesario que las enfermeras actúen de manera respetuosa con los derechos inherentes a la persona ya que la mayoría de las veces se realiza de manera involuntaria.

Las contenciones mecánicas son pautadas siempre por los facultativos.

TENICAS DE CONTENCIÓN FISICA :

A la hora de realizar estas técnicas para prevenir daños en los pacientes es importante tener en cuenta algunas medidas como pueden ser alejar todo tipo de objetos que puedan ponerlos en peligro, evitar en la medida de lo posible los ruidos, la luz muy intensa etc..., tener siempre a mano un timbre que pueda alertar a los demás compañeros que necesitas ayuda en caso que sea necesario...

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta a la hora de utilizar una contención mecánica en un paciente psiquiátrico como medida de seguridad tanto para el paciente como para los trabajadores y familiares.

3 Metodología

Se realiza una Revisión bibliográfica de publicaciones de los últimos 5 años utilizando como base de datos: PubMed, Cuiden Medline y Scielo. También se han revisado otros documentos como manuales, libros especializados Descriptores utilizados: Restricción física, Atención de Enfermería, Utilización, Enfermos Mentales y Enfermería Psiquiátrica.

4 Resultados

Los factores principales que influyen a la hora de tomar el equipo de enfermería una decisión para contener a un paciente son varias entre ellas las características del paciente, lo ambiental, la atención del equipo de enfermería, el equipo de decisión

Gracias a la utilización de estas técnicas como son las contenciones llegamos a lograr con ello minimizar todo lo posible el riesgo de suicidio o las autolesiones además del éxito a la hora de realizar tratamientos médicos, tanto técnicas médicas como a la hora de administrar medicamentos al paciente psiquiátrico.

Otra parte muy importante a la hora de conseguir grandes resultados, aparte de lo descrito anteriormente es la formación del equipo de enfermería de este servicio y también la actualización de los protocolos para el uso de las contenciones mecánicas en los servicios del hospital el personal gracias a esta formación se sentirán mas seguros y con mas motivación a la hora de desempeñar sus funciones sanitarias además de ayudar la atención física, psicológica y tecnológica para proporcionar unos cuidados de la mayor calidad. De ahí que se consideren prioritarias la importancia de la formación y la práctica del profesional para llegar a conseguir reducir el uso de las contenciones mecánicas.

Para el uso de estas contenciones es importante tener un registro, donde se rellene un formulario que refleje: datos personales del paciente, Que responsable da la orden, fecha y hora de inicio, tipo de contención (parcial o total), duración, el motivo, cuidados al paciente c/4 horas (cambios posturales; movilización de

MMII, MMSS; puntos de sujeción; valoración del estado tanto físico como mental que tiene el paciente ; toma de constantes), observaciones de enfermería, suspensión de la contención con fecha, hora y facultativo que pauta la orden.

5 Discusión-Conclusión

Esta técnica es aplicada en muchos centros hospitalarios por el equipo de enfermería siempre tiene que estar autorizada por un médico responsable. Muchas veces esta técnica es utilizada no solo como medida de prevención si no mas bien es aplicada para evitar riesgos peligrosos para el paciente que puedan ocasionarse, Existe gran debate y opiniones diferentes sobre si debe utilizarse o no las contenciones, la gran mayoría coincidieron en que una situación extrema si se deben utilizar.

Se considera muy importante la formación de los profesionales sanitarios a la hora de enfrentar estas situaciones ante diferentes situaciones que pueda aparecer violencia, agitación del paciente etc...

6 Bibliografía

1. J. Ramos Brieva, Contención Mecánica, 2 Ed. Masson, Espanya, 1999. [Links]
2. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2009. [Links]
3. Barrios LF. Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. [Links]
4. Jensen CC, Lydersen T, Johnson PR, Weiss SR, Marconi MR, Cleave ML, Weber P. Choosing staff members reduces time in mechanical restraint due to self-injurious

Capítulo 65

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA JULIA MARTÍNEZ EXPOSITO

DIANA FERNANDEZ BARRASA

MONTSERRAT GÓMEZ VALERO

ANGEL JIMÉNEZ FERNÁNDEZ

MÓNICA ESPINAZO HERNÁNDEZ

1 Introducción

Según SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), estos son definidos como “un tipo especial de cuidados diseñados para promocionar un estado de bienestar y confort, y de soporte para los pacientes y sus familiares en las fases iniciales de una enfermedad terminal”.

Los cuidados paliativos procuran conseguir que los días que resten de vida a los pacientes, puedan estar conscientes y libres de dolor, con los signos vitales controlados y así que estos días pueden transcurrir de forma digna, tanto en la casa, como residencia u hospital y en la medida de lo posible, rodeados de gente que los quiere.

Para que se considere una enfermedad terminal deben darse una serie de factores: que exista una presencia de enfermedad en estado avanzado, que no existan posibilidades de respuesta y recuperación al tratamiento específico, que los problemas sean numerosos con síntomas intensos y cambiantes, y que el pronóstico de vida sea inferior a 6 meses.

Los cuidados paliativos se aplican de forma mayoritaria en pacientes que padecen enfermedades degenerativas o que están en un estado muy avanzado. Estos cuidados empezaron a darse en Inglaterra y pasados 20 años se procedió a emplearlos en España.

El padecer una enfermedad en estado terminal causan un gran impacto tanto en el paciente, como en sus familiares, por ello hay que dar soporte a la familia también y procurar que se integren en los cuidados, proporcionándoles toda la formación y apoyo que sean necesarios, ya que el desgaste emocional por el que atraviesan es enorme y en la mayoría de los casos difícil de soportar.

2 Objetivos

- Describir las funciones principales del TCAE en la unidad de cuidados paliativos tanto a pacientes como familiares.
- Definir qué son los cuidados post-mortem, quién los realiza y cuáles son los objetivos de la OMS en cuidados paliativos.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente. Para ello se ha procedido a realizar una búsqueda sistemática de libros y también se ha procedido a consultar las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas ya revisadas.

4 Resultados

Para aprender en qué consisten los cuidados paliativos, lo primero que hay que saber son los objetivos de la OMS ante esta situación, la OMS pide: un alivio del

dolor y otros síntomas, que la vida no se alargue ni se recorte, que se dé tanto un apoyo psicológico, como social y espiritual, que se reafirme la importancia de la vida, que se considere el proceso de morir como algo natural, que se proporcionen sistemas de apoyo sea extensible a la familia tanto en la enfermedad como el duelo.

Se ha de tener en cuenta que el objetivo principal de los cuidados es el bienestar del paciente. La atención será integral e individualizada, donde se tendrá en cuenta tanto las necesidades del paciente como de la familia, considerándolas una unidad. Existe un equipo de cuidados paliativos a domicilio donde un equipo multidisciplinar colaborará en el estado de bienestar. Dentro del equipo tanto domiciliario como hospitalario, el TCAE participa dentro del equipo de trabajo donde sus principales funciones son:

- Higiene diaria: Cambiando tanto la lencería de cama como la personal, realizando la higiene del paciente, corporal y bucal, siempre preservando la intimidad y con la finalidad de conseguir que el paciente se encuentre lo más cómodo posible.
- Alimentación: Adaptándose a las necesidades del paciente, su nivel de tolerancia. Haciendo un especial hincapié en la ingesta de líquidos para prevenir el estreñimiento. Hay que tener en cuenta que estos pacientes sufren de náuseas y vómitos, así que el TCAE ayudará a paliar la situación, enseñando al paciente a realizar respiraciones lentas y profundas.
- Colaborar con DUE: Aplicando enemas, en la cura de UPP, en administrar medicación, cambios posturales y todas aquellas tareas, que sin ser función ayudan al trabajo en equipo.
- Aportando apoyo psicológico: El TCAE es la persona del equipo que más tiempo pasa en contacto con el paciente y los familiares, por eso debe ser respetuoso, debe respetar el descanso y fomentarlo, proporcionando un ambiente adecuado y favorecerá la comunicación entre paciente y familia para dar apoyo emocional en todo momento.

Dentro de las funciones del TCAE están los cuidados post-mortem para lo cual debe reconocer el cese de la respiración o bombeo cardíaco la desaparición del pulso, la pérdida total sensitiva o la inmovilidad, como signos de la muerte. Una vez certificada la defunción, el TCAE procederá a los cuidados pertinentes, habiendo dejado un tiempo prudencial de despedida a la familia. Hay que tener

en cuenta que el rigor mortis aparece entre los 15 minutos y las 7 horas posteriores al exitus. El TCAE retirará sondas, aparatología, drenaje, catéteres... Realizará la higiene del paciente, taponará los orificios, colocará prótesis, sujetará extremidades y el maxilar inferior para evitar que se abra la boca, amortajará e identificará el cadáver, y entregará las pertenencias a la familia.

Después procederá a recoger, limpiar y reponer el habitáculo para la admisión de otro paciente.

5 Discusión-Conclusión

Todo el equipo tanto médico como enfermera trabajan unidos para procurar dar el máximo bienestar a pacientes y familiares. Al tratarse de un servicio especial, donde el paciente se encuentra en al fin de su vida, se debe ser lo más humano posible, debe atender psicológicamente y no solo físicamente, escuchar sus necesidades, respetar sus deseos, creencias o religiones... La comunicación TCAE paciente debe ser veraz, clara y participativa, para generar un estado de confianza donde los afectados pueden sentirse cómodos para hablar de sus miedos o sus sentimientos, todo ello sin caer en la sobreprotección. El trabajo del TCAE en cuidados paliativos, más que cuidados, se puede definir como acompañamiento. Es necesario tener una formación e información adecuadas para poder realizar el trabajo de forma correcta.

6 Bibliografía

1. <https://www.secpal.com/guia-cuidados-apliativos-1>.
2. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atenciónpaliativa/que-es-el-cuiadado-paliativo-html->.
3. Ferrús J. Atención de la enfermedad en el paciente terminal. En: Caja López C. Enfermería Comunitaria III Atención Primaria 2º Edición Barretna: Masson: 2004.
4. Benítez del Rosario MA, Asencia Fruile A. Fundametos y objetivos de los cuidados paliativos. Atención Primaria 2002.

Capítulo 66

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA JULIA MARTÍNEZ EXPOSITO

DIANA FERNANDEZ BARRASA

MONTSERRAT GÓMEZ VALERO

ANGEL JIMÉNEZ FERNÁNDEZ

MÓNICA ESPINAZO HERNÁNDEZ

1 Introducción

La Atención Primaria es básicamente lo que la población llama centros de salud. Estos centros suponen un punto determinante en el sistema de salud actual. En estos centros trabaja un equipo multidisciplinar donde se pueden encontrar médicos de medicina general, enfermeros, TCAE, matronas, auxiliares administrativas, fisioterapeutas... Cada uno con sus funciones establecidas, aunque eso no quita que trabajen en equipo y colaborando entre ellos, para conseguir el bienestar del paciente.

Centrándonos en las labores del TCAE en Atención Primaria se pueden observar que son muy variadas, aunque su competencia a nivel general es “proporcionar

cuidados auxiliares a los pacientes y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno”, todo ello formando parte como un miembro más del equipo de enfermería, tanto dentro de la atención primaria y especializada. El TCAE, aunque tiene sus funciones bien delimitadas, actúa bajo la dependencia del DUE o como un miembro activo de un equipo de salud en la asistencia sanitaria derivado de la práctica del ejercicio liberal y siempre bajo la supervisión de quién corresponda.

El TCAE tiene cierta autonomía para realizar una serie de tareas asignadas por profesionales de nivel superior, como son los DUE y que se conocen como funciones delegadas.

Los TCAE, tanto de en Atención Primaria como Especializada, son personal formado a los que se les requiere el Título de Grado Medio de Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería.

2 Objetivos

- Dar a conocer cuál es la forma de trabajar de un Centro de Atención Primaria.
- Reconocer cuáles son las funciones tanto propias como delegadas que ejerce el TCAE dentro de la Atención Primaria.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente. Para ello se ha procedido a realizar una búsqueda sistemática de libros y también se ha procedido a consultar las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas ya revisadas.

4 Resultados

Los Centros de Atención Primaria se centran sobre todo en la prevención y promoción de la salud pública. Desde aquí se hacen multitud de estudios para ver el estado de salud del entorno y los principales problemas existenciales. Se crean foros, charlas, clases y muchas otras actividades para informar a las personas. Otra de sus funciones es la primera atención de un paciente al que le preocupa

su salud, pero también se hacen seguimientos a las embarazadas, diabéticas, sirven así mismo como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios, se realizan pruebas complementarias básicas como pueden ser analíticas de sangre...

Dentro de las profesiones que trabajan en los Centros de Salud y aunque su figura en este tipo de atención no es muy reconocida se encuentran los TCAE.

En sus funciones principales están:

- Colaborar en la realización de pruebas diagnósticas, siempre bajo la supervisión del DUE.
- Colaborar igualmente con el DUE y bajo su supervisión en la aplicación de ciertos tratamientos a los pacientes.
- Ayudar al paciente en la higiene, vestir, desvestir y otras tareas que el paciente necesite.
- Contribuir a la mejora de calidad en el sistema de salud.
- Participar con las profesionales asignadas en la evaluación del estado de salud del entorno, participando así mismo en la planificación y organización de programas específicos.
- Ayudar al DUE en aquellas actividades que le demande.
- Trabajar con empatía y amabilidad.

Normalmente, el TCAE inicia su jornada sacando el listado de paciente que acudirán al centro de salud a extraerse sangre y será el encargado de preparar los tubos junto con la etiqueta identificativa. Reciba las muestras y las prepara para su envío al laboratorio. Explica así mismo en la consulta la manera de recoger la muestra si es de urocultivo, coprocultivo, sedimento de orina, esputo...

El TCAE también tiene una parte de trabajo burocrático, como es notificar incidencias a laboratorios, almacén, farmacia...Debe reponer todo el material que se use procediendo a su limpieza y esterilización, controlar la cantidad de material y su caducidad, hacer peticiones y controlar el stock.

El Auxiliar de Enfermería colabora con el DUE ante determinadas infecciones como pueden infartos, suturas, etc. Acude a reuniones de equipo, participa en programas de educación para la salud, y con el panorama actual del COVID, si el

centro coordinador lo precisa, participan en actividades de rastreo y PCR.

En la Unidad de Fisioterapia se colabora con este en gestionar su agenda, vigilar el stock de material, desinfección de lo usado, acomodación del paciente.

Así mismo colabora en lo que se precise, en consultas de odontología, con las matronas o en todos los servicios que se ubiquen dentro del centro. Es un profesional sanitario y como tal debe estar en continuo aprendizaje y formación.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el trabajo del TCAE en este tipo de centros no se es muy visible, gracias a su figura, el resto de servicios pueden realizar sus funciones con normalidad. Es una pieza fundamental en Atención Primaria debido a la multitud de funciones que realice y que, gracias a ella, las consultas están dotadas de todo lo necesario para la atención al paciente.

Aligera así mismo el trabajo de sus superiores al explicar ciertos procedimientos y colaborar en la gestión de las agendas. Debido al constante avance en cuanto a técnicas y procedimientos que van apareciendo, el TCAE debe estar en constante formación, aprendiendo y formándose en cuantos cursos sean necesarios para poder realizar su trabajo con unos determinados estándares de calidad.

6 Bibliografía

- <https://tcae.com.es/funciones-de-auxiliar-de-enfermeria/>
- www.salusplay.com/blog/funciones-tecnico-auxiliar-ciudades-enfermeria/
- Auxiliar de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.
- Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería. Editorial MAD.

Capítulo 67

TIPOS DE TRATAMIENTOS Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL HOSPITAL DE DÍA

MARIA JULIA MARTÍNEZ EXPOSITO

DIANA FERNANDEZ BARRASA

MONTSERRAT GÓMEZ VALERO

ANGEL JIMÉNEZ FERNÁNDEZ

MÓNICA ESPINAZO HERNÁNDEZ

1 Introducción

Dentro de los Hospitales existe un servicio llamado Hospital de Día usado para que los pacientes puedan recibir el tratamiento prescrito por el médico, sin necesidad de estar hospitalizados. De este modo el paciente puede ir y venir de casa al Hospital y poder seguir después en su entorno familiar. En este servicio, consta como que el paciente está ingresado y así aparece en el servicio de Admisión, pero lo hará solo durante unas horas, al finalizar la terapia o tratamiento el enfermo regresa a casa.

El Hospital de Día ofrece cuidados especializados y la administración de medicamentos, sin estar ingresados, pero todo bajo la supervisión del equipo médico y del equipo de enfermería que lo asisten. A los pacientes les da más seguridad, ya que las citas se programan de una vez para otra y así pueden compaginar su tratamiento con el trabajo, ocio y familia. Otra ventaja para el paciente es que es muy poco probable que se produzcan retrasos en la atención o incluso cancelaciones y el enfermo percibe una forma menos agresiva que si estuviera ingresado, además reduce el riesgo de adquirir infecciones nosocomiales.

El personal que se encuentra en este servicio es el médico encargado, y bajo su supervisión habrá un equipo de enfermería compuesto por DUE y TCAE.

2 Objetivos

- Reconocer tipo de tratamientos que se realizan en el Hospital de Día.
- Diferenciar las funciones que son competencia del TCAE en el Hospital de Día.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente. Para ello se ha procedido a realizar una búsqueda sistemática de libros y también se ha procedido a consultar las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas ya revisadas.

4 Resultados

El Hospital de Día trata muchas patologías distintas, que pueden ir desde los trastornos alimenticios, tratamientos oncológicos, tratamientos psiquiátricos, anemias, alergias, diálisis, Hospital de Día Quirúrgico, para pacientes con VIH.

Normalmente son salas con sillones separados por biombos, para así preservar en la medida de lo posible, la intimidad del paciente. En cada uno de estos sillones, habrá una persona recibiendo el tipo de tratamiento o medicación que necesite. En todo momento estará vigilado y supervisado por el DUE, que sigue lo que dicte

lo que pauté el médico , y comunica cualquier incidencia al facultativo responsable de su cuidado. Pero aparte de médico, Diplomados de Enfermería, en este servicio también habrá un celador asignado, un Supervisor y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. En realidad, es el TCAE quien interviene en todos los momentos de la estancia del paciente en el Hospital de Día, ya que, a modo general, es él quien se encarga de recibir a la persona, acogerlo, acomodarlo, participa con el DUE y colabora con él en todo lo que necesite y despide al paciente.

Pero a parte de esa visión general, el RD 546/1995 de 7 de Abril marca como competencias básicas del TCAE “proporcionar cuidados auxiliares de enfermería al paciente y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno como: miembro del equipo de enfermería en los centros sanitarios de atención especializada y primaria, bajo la supervisión del DUE, o, en su caso, como miembro de un equipo de salud en la asistencia derivada de la práctica del ejercicio liberal bajo la supervisión correspondiente.

Como norma general, el TCAE será el encargado de mantener limpio y ordenado todo el espacio físico en el que se encuentre el servicio o Unidad, asegurar unas buenas medidas higiénicas tanto del paciente como del entorno, limpiar y en caso que sea necesario, desinfectar y esterilizar el material utilizado, controlar un buen stock tanto de lencería, como de material o medicación que vaya a utilizarse.

Como parte más humana acompañará al paciente a su lugar correspondiente, estará pendiente de sus necesidades o malestares, acompañará y apoyará psicológicamente a los enfermos y familiares si fuera preciso y comunicará al DUE asignado las incidencias que se observen durante la estancia del paciente, como también auxiliar y colaborar con el DUE en lo que necesite.

5 Discusión-Conclusión

La labor del TCAE es importante en todos los Servicios donde preste su trabajo ya que, aparte de facilitar la estancia tanto a pacientes como a sus familiares, asiste a los enfermeros y los médicos de forma directa, pero la verdadera valía de este personal es la cantidad de funciones que realiza durante toda su jornada laboral.

Normalmente el Hospital de Día tiene un horario de funcionamiento de lunes a viernes de 8 a 14h y los viernes se reponen todos los cajones y se revisa toda la medicación, se limpian carros y se repone todo más exhaustivamente que el resto

de los días. Al emplear técnicas y tratamientos cada vez más novedosos requiere una constante formación y actualización, por lo que los TCAE están cada vez más cualificados para ejercer funciones tanto propias como delegadas.

6 Bibliografía

- BOE-A-1995-13592.<https://www.boe.es/eli/es/rd/1995/04/07/558>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Hospital de día: Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Madrid: msps;2009. • www.cancernurse.es • www.salusplay.com

Capítulo 68

EL PUERPERIO, CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DE LA MUJER TRAS EL PARTO

SILVIA PEÑA FERNÁNDEZ

ALBA MARIA PINO LÓPEZ

DAVID GÓMEZ PINTA

1 Introducción

El puerperio se define como el tiempo tras el parto que discurre entre la expulsión de la placenta hasta que aparece la primera menstruación y durante el cual se producen numerosos cambios fisiológicos en el cuerpo de la mujer con el fin de recuperar paulatinamente el estado previo a la gravidez y que tenga lugar el comienzo de la lactancia.

Se trata de un momento delicado para la puérpera, con unas características intrínsecas que se explicarán más adelante, tanto fisiológicas como psicológicas.

También es la etapa en la que pueden aparecer patologías que son la causa de mayor mortalidad materna, por lo cual es importante conocer e identificar los signos y síntomas que podrían presentarse para actuar sobre ellas. De este modo, los cuidados de enfermería van dirigidos a la vigilancia y el control de la aparición de cualquiera de ellos, así como a asegurar el bienestar de la mujer, función que recaerá especialmente sobre el TCAE.

Asegurar la vigilancia del correcto desarrollo de la evolución del puerperio, proporcionar los cuidados necesarios e informar y educar a la mujer sobre autocuidados como la alimentación, el descanso o la lactancia, son los objetivos primordiales en los cuidados de enfermería durante esta etapa.

El TCAE es la persona encargada de proveer un cuidado directo tras el parto, tanto en higiene como en alimentación, confort y descanso. Del mismo modo apoyará a la mujer y vigilará su estado anímico.

La finalidad de este texto es mostrar las características propias del puerperio, así como resaltar la importancia de prestar la atención necesaria por parte del equipo de enfermería detallando las funciones del TCAE durante este proceso. Se indican asimismo las complicaciones más frecuentes que pudiesen aparecer, debido a la importancia de la detección precoz de las mismas a causa de la gravedad de algunas de ellas.

2 Objetivos

- Definir puerperio, fases en las que se divide y los cambios fisiológicos asociados a esta etapa.
- Señalar las posibles complicaciones que pueden aparecer durante este período.
- Enumerar los cuidados de enfermería a la puérpera, en especial aquellos que son prestados por el TCAE.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se procedió a la búsqueda de información en diversas publicaciones en libros, artículos y revistas especializadas digitales. Los términos de búsqueda utilizados fueron palabras tales como "puerperio", "cuidados", "parto", "complicaciones", "lactancia" en distintas formulaciones y vinculadas al ámbito sanitario. De las lecturas se extrajo la información más relevante y necesaria para elaborar la síntesis que nos ocupa.

4 Resultados

Podría definirse el puerperio como el ciclo que se inicia tras el parto y en el cual se restablece en el cuerpo de la mujer el estado fisiológico anterior al embarazo, momento en el que tendría lugar su fin. Los cambios fisiológicos que tienen lugar son múltiples y se suceden de forma escalonada en el tiempo y es necesario conocerlos para saber a qué hay que prestar atención, qué es normal y qué podría no serlo para proceder oportunamente y ofrecer una atención sanitaria adecuada. Así, este ciclo es divisible a su vez en varias fases o etapas, según atendamos para su clasificación al tiempo transcurrido o a la evolución del período.

Si nos focalizamos en el tiempo el puerperio se compone de tres o cuatro fases, cada una de las cuales tiene sus características propias:

- Puerperio inmediato, cuando nos encontramos en las primeras 24 horas después de la expulsión de la placenta. Es importante en este momento vigilar la aparición de hemorragias. Las medidas que se adoptaran por parte del equipo de enfermería para tal fin son: toma de constantes vitales, control diuresis, vigilar la administración de fármacos si precisa, palpar el fondo uterino, valorar la episiotomía si la hubiese, observar presencia de sangrado y coágulos.
- Puerperio mediato. Entre el 2º y el 10º día, aproximadamente, tiene lugar la involución del útero, mediante su contracción (lo que se conoce como “entueritos”) y endurecimiento, para evitar hemorragias. Su tamaño se hace menor, hasta progresivamente alcanzar el tamaño previo al embarazo. Cuando se da de mamar, también se producen la contracción uterina. También aparecen en este momento los loquios, la secreción vaginal y se produce la subida de leche a las mamas. Se continúan vigilando las constantes vitales y la contracción del útero, así como la cantidad, el color y el olor de los loquios.
- Puerperio alejado, entre el 11º y el 40º día, momento en el que el útero habría recuperado su estado normal. En este momento podría aparecer ya la primera menstruación.
- Puerperio tardío, que ocurriría en aquellos casos en los que la lactancia materna fuese mantenida de forma prolongada y activa.

Durante el tiempo que la mujer permanezca en el hospital habrá que hacer un seguimiento sobre su estado psicológico y asegurarse de que todo deviene de manera idónea.

Otros cambios fisiológicos, además de los expuestos por fases, serían:

- Aquellos referidos a los cambios en el cérvix o cuello uterino, que se vuelve blando y se encuentra descendido.
- Del mismo modo, el descenso de estrógenos que se produce al inicio de la lactancia puede hacer que la vagina se encuentre seca.
- Los músculos del suelo pélvico se vuelven laxos.
- Podría aparecer estreñimiento hasta el restablecimiento normal del intestino e incontinencia urinaria.

Por otro lado, si atendemos a la evolución del puerperio nos podemos encontrar con un puerperio fisiológico, si transcurre según los parámetros previstos, o patológico, si se presenta alguna dificultad o complicación. Es imprescindible conocer cuáles son las patologías más comunes para poder abordarlas y realizar el tratamiento correspondiente. Entre las más frecuentes encontramos las que siguen:

1. Infección puerperal.

Ésta se manifiesta principalmente por la aparición de malestar general, dolor, fiebre de dos días de duración y que aparece entre el 2º y el 10º día después del parto, exudado y olor vaginales anormales.

El tratamiento en este caso sería prescrito por el personal médico.

2. Patologías de la lactancia.

Nos referimos a patologías de la lactancia si:

- Existe una carencia en la producción de leche materna o si bien la cantidad es insuficiente para alimentar al recién nacido. En este caso las medidas generales a adoptar serían:
- Descartar que el motivo de que esto suceda sea motivado por causas anatómicas.
- Revisar que la técnica de lactancia esté siendo la adecuada.
- Controlar que la ingesta de líquidos sea la idónea.
- Practicar un suave masaje en las mamas y aplicar calor húmedo antes de proceder a la toma.
- Estimular con cuidado la areola y el pezón.
- Aparición de grietas en el pezón y/o mastitis. Los cuidados deberían centrarse en primer lugar en la prevención de la aparición de las grietas, lo que podría derivar en una complicación aún mayor como la mastitis. Para ello, se llevará a

cabo una rutina de higiene básica, siendo suficiente el aseo correspondiente a la ducha diaria con un jabón neutro, sin perfume. Además, hidratar el pezón tras cada toma con un poco de leche materna. Es recomendable empezar la toma por la mama menos afectada.

Si estas medidas no fuesen suficientes es posible aplicar analgésicos locales o pomadas, así como corticoides de baja intensidad.

- Ingurgitación mamaria, reconocible por la presencia de dolor muy intenso acompañado de tensión en las mamas que aparece en el transcurso de las 24 o 48 horas siguientes a la secreción del calostro. Para aliviar esta situación podemos adoptar medidas tales como la compresión, la aplicación local de calor húmedo, vaciar las mamas manual o mecánicamente y si fuese necesario recurrir al uso de antiinflamatorios o analgésicos.

3. Hemorragia, donde podrían aparecer además algunos de éstos signos como metrorragia severa, cambios en el color de las mucosas y la piel, taquicardia, hipotensión, estado de confusión de la puerpera, o sangrado por herida.

4. Patología vascular: trombosis venosa profunda. Sería la complicación más grave que podría presentarse puesto que ésta constituye la causa de mayor mortalidad materna. Los signos que alertarían sería el dolor a la palpación o aparición repentina del mismo en cualquier punto del trayecto venoso junto la presencia de edema.

5. Tristeza, depresión o psicosis puerperal. Si bien es normal sentir cierta tristeza por la naturaleza propia del estado fisiológico del momento que estamos tratando, es importante diferenciar, vigilar y valorar si existe una afección más profunda que pudiera repercutir en el normal desarrollo del vínculo materno-filial.

A continuación, se enumeran las funciones propias del personal de auxiliar de enfermería:

- Toma y registro de constantes vitales, si así lo designa el equipo de enfermería.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de las complicaciones más frecuentes (explicadas en el apartado anterior) y avisar al equipo de enfermería si fuese preciso.
- Apoyar y asesorar en el inicio de la lactancia, siguiendo las pautas ya descritas en el apartado de medidas generales para la prevención de la aparición de grietas en el pezón o mastitis.
- Preparación de la habitación: cambio de sábanas y toallas siempre que sea preciso y reponer el material necesario para la higiene.

- Adecuada recogida y desecho de los materiales.
- Ofrecer la alimentación adecuada y saludable.
- Ayuda en la higiene, con atención especial del aseo de la episiotomía si esta hubiese sido realizada. Es importante vigilar el estado de la cicatrización de la herida e informar si se produjera alguna observación relevante.
- Control de diuresis: vigilar la primera micción espontánea en las primeras 24 horas, si el parto es natural, y si el parto hubiese sucedido por cesárea, realizar el mantenimiento y los cuidados de la sonda.
- Vigilar la frecuencia de eliminación, realizando el seguimiento de recuperación de la función intestinal. Recomendar a la puerpera que camine si es posible.
- Ofrecer enfriamiento local para dolor perineal según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles (compresas, almohadillas frías)
- Favorecer el descanso generando un ambiente tranquilo y recomendar el reposo.
- Observar la reacción de la madre en relación a su adaptación a la nueva situación y a las capacidades que muestra al atender al recién nacido (establece contacto visual y físico, responde al llanto y atiende el resto de necesidades).
- Avisar para la limpieza de la habitación cuando se requiera, al celador para traslados o si se detecta alguna avería.
- Informar al equipo de enfermería sobre cualquier observación relevante en relación al estado de salud de la paciente.

5 Discusión-Conclusión

Después del parto tiene lugar un período en el que se producen una serie de cambios en el organismo femenino destinados a recuperar su estado previo al embarazo, que se conoce como puerperio. Durante el mismo pueden ocurrir diferentes afecciones, siendo de vital importancia conocerlas y reconocerlas, puesto que representan las causas de mayor mortalidad en maternidad.

Los cuidados de enfermería referidos a la toma y registro de constantes, la valoración de la involución del útero, la observación en la evolución de heridas, cicatrices, loquios, el seguimiento en la recuperación de la función intestinal y de la diuresis, entre otros, suponen una parte sustancial en esta etapa.

Además de ello, el acompañamiento emocional a la parturienta, el apoyo y la formación para establecer una lactancia satisfactoria y la cobertura de sus necesidades más esenciales, como la higiene, el descanso o el alimento, funciones todas ellas del TCAE, son indispensables para que esta etapa se desarrolle de la manera más saludable posible.

6 Bibliografía

1. Puerperio. (2020). “Consejos generales en el puerperio”. Recuperado de: <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/embarazoparto/posparto/puerperio/consejos-generales-puerperio>
2. Bezares, B., Sanz, O., & Jiménez, I. (2009). “Patología puerperal”. *Anales Sistema Sanitario Navarra*, 32(Supl. 1), 131-139. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200015#::text=La%20patolog%C3%ADa%20vascular%20del%20puerperio,m%C3%A1s%20grave%20de%20la%20primera.
3. Elorz López, C. (2019). “Propuesta de mejora para la atención integral del puerperio inmediato en la unidad de partos del CHN-B”. Recuperado de: https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/33337/elorz_111625_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Rojas Álvarez, A., Rufián Martínez, B. M., & Rubio Gómez, M. del R. (2018). “Puerperio y cuidados de enfermería”. *Revista Portales Médicos*. Recuperado de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/puerperio-cuidados-enfermeria/>
5. Organización Mundial de la Salud. (2022). “Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva”. Recuperado de: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240044074>

Capítulo 69

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS AL PACIENTE HOSPITALIZADO

ALEJANDRO GONZALEZ DE LA FUENTE

1 Introducción

Se define al paciente hospitalizado como aquella persona que se encuentra ingresada en el hospital, por diferentes causas, y que debe mantener su estancia por un tiempo dentro de esta institución. Puede deberse a distintas causas como son:

- La realización de exploraciones somáticas mediante técnicas específicas que requieren el ingreso en el centro hospitalario.
- Debido al diagnóstico proporcionado por un facultativo de cualquier tipo de enfermedad grave o no y que debido a su complejidad no se realizan de forma ambulatoria su tratamiento, teniendo que administrarlo en el centro hospitalario.
- Que el paciente tenga programada una intervención quirúrgica en un día y una hora específicos e ingrese previamente para su preparación .

La manera en la que un paciente afronta su ingreso varía mucho en función de varios motivos, depende de factores como son su edad, su actitud ante las adversidades, sus experiencias con enfermedades anteriores, y sobre todo por sus experiencias anteriores con los profesionales sanitarios que le brindaron los cuidados en anteriores hospitalizaciones. Ya que la figura de estos, como los técnicos en

cuidados auxiliares de enfermería juega un papel muy importante en los cuidados que le deben brindar al paciente hospitalario.

2 Objetivos

Describir los cuidados al paciente hospitalizado por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación y búsqueda de diferentes trabajos científicos que están vinculados con el tema escogido. La información se ha buscado en diferentes bases científicas como (Wikipedia, Google, Medline), escogiendo únicamente los artículos relacionados con este tema. Palabras clave: paciente, hospitalario, cuidados.

4 Resultados

Los cuidados que se brindan al paciente hospitalizado que es completamente válido para realizar su vida diaria por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería serán:

- Hacer la camas cada día y proporcionarle todo aquello que necesite para el aseo como son esponjas, jabón, toallas limpias y pijama/ camisón limpio.
- En las horas de desayunos, comidas, meriendas y cenas servirle la bandeja en la habitación y recogerla una vez haya finalizado.
- Mantener la piel del paciente muy bien hidratada con aceites y cremas.
- Colaborar en la administración de medicamentos.

Todos estos cuidados y la forma de brindarlos cambian para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería cuando el paciente debido a una enfermedad grave o un accidente es completamente dependiente y para todo ello necesita del profesional sanitario:

- Antes de iniciar cualquier tipo de procedimiento se informará al paciente para que sea consciente de todo lo que se le va a hacer.

- Realizar el aseo en cama o en baño ayudándonos de una silla geriátrica si fuera necesario. Preservando siempre su intimidad con la bajada de biombos y cierre de puertas.
- Siempre después del aseo cambiar la ropa de cama y el pijama o camisón que lleve el paciente por otro limpio.
- Ayudar en la ingesta de alimentos total o parcial siempre que sea necesario.
- Tras las comidas, realizar el aseo oral del paciente.
- Si el facultativo pauta en sus cuidados que debe levantarse, ayudar al paciente a pasar de la cama al sillón y viceversa.
- En el caso de que el paciente desee ir al baño, acompañarlo y ayudarlo en todo lo que precise en ese momento. Si por el contrario está encamado, realizar el cambio de pañal y aseo genital cuando sea necesario.
- Realizar cambios posturales cada dos o tres horas para evitar puntos de presión y la aparición de úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la labor que realiza a diario el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el centro hospitalario conforma un gran equipo humano, ya que muchas de las situaciones que se viven a diario son difíciles ya que convive de primera mano con la enfermedad de cada paciente, su mejoría y como mantener una calidad de vida óptima cada día. Además, es quien vela por el descanso del paciente en cualquier momento del día, atento a cada cambio que se produce, observando minuciosamente todo su cuerpo para detectar cualquier signo o síntoma importante que denote una alteración de su situación para de esta forma comunicarlo rápidamente al equipo médico o de enfermería.

6 Bibliografía

1. <https://es.medicare.gov/publications/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf>
2. <https://es.wikipedia.org/wiki/Paciente>
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-higiene-al-paciente-encamado-por-la-tcae/>

Capítulo 70

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA ALIMENTACIÓN ENTERAL

INES CRESPO GARCÍA

LORENA ALCARAZ RODENAS

MARÍA LUISA GÓMEZ MARTÍNEZ

ESTEFANIA BALLESTEROS CUERDA

BERNARDINA ROMERO RÍOS

1 Introducción

La alimentación enteral es un método de suministrar nutrientes y calorías a través de un tubo que se inserta en el estómago o en el intestino delgado. Este tipo de alimentación se utiliza en personas que tienen dificultades para tragar o que no pueden comer lo suficiente por sí mismas debido a una enfermedad, lesión o cirugía.

La alimentación enteral puede ser administrada por diferentes vías, como por ejemplo, mediante una sonda nasogástrica, una sonda nasoyeyunal, una gastrotomía o una yeyunostomía. Dependiendo de la situación del paciente, el médico o el nutricionista determinarán cuál es la mejor opción para suministrar la alimentación.

La alimentación enteral puede ser completa o parcial, dependiendo de la cantidad de calorías y nutrientes que se necesiten. También se puede ajustar la velocidad y la cantidad de la alimentación según las necesidades del paciente.

La alimentación enteral es una herramienta importante en el cuidado de personas que tienen dificultades para alimentarse, ya que les proporciona los nutrientes y calorías necesarios para mantener su salud y bienestar.

El auxiliar de enfermería es un profesional de la salud que trabaja junto a los enfermeros y médicos para brindar atención y cuidado a los pacientes. En el caso de la alimentación enteral, el auxiliar de enfermería también juega un papel importante en el proceso de atención al paciente.

Los objetivos de la alimentación enteral son mantener la nutrición adecuada, prevenir la malnutrición, promover la curación, aumentar la resistencia a las infecciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta por el TCAE en relación con la nutrición enteral.

3 Metodología

La metodología llevada a cabo se ha basado en la consulta y revisión bibliográfica a partir de la búsqueda en páginas webs, base de datos y artículos científicos, con el fin de ahondar en el tema y conseguir información importante para alcanzar los objetivos descritos en el apartado anterior. Con ello, se va a proporcionar información con aspectos relevantes sobre las funciones y características del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la alimentación enteral.

4 Resultados

La alimentación enteral se puede administrar en dos formas:

Administración intermitente: más similar a la alimentación habitual y utilizada en pacientes con un tracto digestivo saludable y tiempos normales de vaciado gástrico.

Se inyecta a través de:

- De jeringa: se utiliza primero en casa porque es un método muy cómodo y fácil.

- Gravedad, que es un sistema de infusión más lento, generalmente se tolera mejor porque permite ajustar la tasa de dosificación moviendo la posición del regulador del equipo de infusión.

- A través de una bomba, lo que permite regular con precisión la velocidad de infusión de los nutrientes a administrar.

Administración continua: incluye la infusión de la dieta sin demora ni interrupción. Se puede realizar a lo largo del día o durante 12-16 horas o de día o de noche dependiendo de las necesidades del paciente

Esta nutrición se administra a través de:

- Alimentación a corto plazo: a través de un tubo con técnicas no quirúrgicas, podemos distinguir entre:

Sonda nasogástrica: se inserta una sonda a través de la nariz hasta el estómago.

Tubo nasoduodenal: pasa a través de la nariz hacia el duodeno.

Sonda nasoyeyunal: se inserta una sonda a través de la nariz hasta el yeyuno.

- Con la técnica quirúrgica de nutrición enteral a largo plazo, podemos distinguir entre:

Gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) o gastrostomía quirúrgica: consiste en implantar un tubo de silicona directamente en el estómago que se mantiene en su lugar y sobresale a través de la pared del estómago.

Yeyunostomía endoscópica percutánea (PEJ) o inserción de un tubo quirúrgico en el yeyuno: implica colocar un tubo directamente en el yeyuno, ya sea a través de una gastrostomía percutánea (PEG) o quirúrgicamente.

PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA NUTRICIÓN ENTERAL

El procedimiento y el material para la administración de la alimentación enteral pueden variar según las necesidades específicas del paciente y el tipo de alimentación enteral que se esté utilizando. Sin embargo, a continuación se presenta un procedimiento general y algunos materiales comunes utilizados para la administración de la alimentación enteral:

Materiales para la administración:

1. Solución de alimentación enteral.
2. Jeringa para la administración de medicamentos.
3. Guantes estériles.
4. Toallitas húmedas para la limpieza de la piel.
5. Agua
6. Batea, toallas o empapador y gasas.

Antes de la administración:

- Revisar la prescripción del tipo de alimentación necesaria, según la historia clínica.

Asegurarse de que el paciente esté en una posición adecuada, generalmente sentado o ligeramente inclinado hacia arriba, para prevenir la aspiración.

- Verificar la colocación adecuada y fijación del tubo de alimentación.
- Preparar la solución de alimentación enteral y comprobar la temperatura adecuada de la alimentación.

Durante la administración.

1. Lavado de manos y uso de equipo de protección personal: El personal encargado de la administración de la nutrición enteral debe lavarse las manos y usar equipo de protección personal, como guantes y bata.

2. Preparación de la solución de nutrición enteral: La solución de nutrición enteral debe prepararse de acuerdo con las instrucciones del fabricante y las órdenes médicas específicas.

3. Comprobación de la tolerancia a la nutrición enteral: Antes de comenzar la administración de la nutrición enteral, se debe comprobar la tolerancia del paciente a la misma, comenzando con una pequeña cantidad de la solución y aumentando gradualmente la cantidad.

4. Control de la velocidad de administración: La velocidad de administración de la nutrición enteral debe ser adecuada para el paciente y debe controlarse durante todo el proceso para evitar complicaciones.

5. Limpieza del tubo de alimentación: Después de la administración de la nutrición enteral, el tubo de alimentación debe limpiarse con agua tibia para evitar la obstrucción.

6. Registro de la administración de la nutrición enteral: Se debe registrar la cantidad y el tipo de nutrición enteral administrada, junto con cualquier observación o reacción del paciente.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. Verificar la compatibilidad del medicamento: Antes de administrar cualquier medicamento por sonda con alimentación enteral, es importante comprobar si el medicamento es compatible con la fórmula de alimentación que se está utilizando.

Algunos medicamentos pueden interferir con la absorción de nutrientes o causar obstrucciones en la sonda de alimentación.

2. Preparar el medicamento: El medicamento se puede administrar en forma líquida o triturada y mezclado con agua o una pequeña cantidad de fórmula de alimentación.

Es importante seguir las instrucciones específicas del médico o del farmacéutico

para preparar el medicamento correctamente.

3. Limpiar la sonda: Es importante limpiar la sonda de alimentación antes y después de la administración de medicamentos para evitar la obstrucción de la sonda y prevenir infecciones.

4. Administrar el medicamento: El medicamento se puede administrar mediante una jeringa de 10 a 20 ml y se debe seguir la velocidad de administración recomendada.

Es importante evitar la obstrucción de la sonda, por lo que se puede enjuagar con agua antes y después de la administración del medicamento.

5. Continuar con la alimentación enteral: Después de la administración del medicamento, se puede continuar con la alimentación enteral según las órdenes médicas.

Es importante seguir las políticas y procedimientos del hospital para la administración de medicamentos por sonda y mantener una buena higiene durante todo el proceso para prevenir infecciones y complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

La nutrición enteral es uno de los métodos más fisiológicos para brindar este apoyo nutricional y, además, las principales complicaciones que encontramos a menudo serán fácilmente tratables y prevenibles con una buena atención y un manejo adecuado de alimentos y medicamentos.

Esta nutrición es un método alternativo que nos puede ayudar a conseguir un aporte nutricional óptimo. Se debe brindar una atención óptima y se debe educar al paciente o a la familia al respecto.

El TCAE debe ser capaz, resolutivo y paciente para realizar este procedimiento. Además, debe de tener los conocimientos suficientes por si surge un problema, ser capaz de resolverlo sin dificultad, e incluso de sustituir un material por otro cuando se justifique, pero si es necesario, siempre seguir lo establecido.

Todos los profesionales de la salud, deben capacitarse y reciclarse continuamente para brindar una atención de calidad a los pacientes y realizar correctamente su trabajo.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/administracion-nutricion-ental-tcae/>

https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2017.ficheros/1204875-2017%20Protocolo_%20Nutricion%20ental-

%20evidencia.pdf

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000500009

<https://www.fjd.es/es/cartera-servicios/endocrinologia-nutricion/informacion-pacientes.ficheros/1685658-Nutrici%C3%B3n%20enteral.pdf>

<https://revistamedica.com/nutricion-enteral-ventajas-cuidados-enfermeria-complicaciones/>

Capítulo 71

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE). LOS ENEMAS Y SUS DIFERENTES TIPOS

LORENA ALCARAZ RODENAS

MARÍA LUISA GÓMEZ MARTÍNEZ

INES CRESPO GARCÍA

BERNARDINA ROMERO RÍOS

ESTEFANIA BALLESTEROS CUERDA

1 Introducción

Históricamente, el uso terapéutico del enema se remonta al antiguo Egipto, cuando era necesario utilizarlo previo a la momificación.

Posteriormente en el siglo XV en el reino de Castilla se aplicaba en forma de lavativa de tabaco para evitar signos de embriaguez también Luis XIII todos los días se aplicaba una lavativa a excepción de los días festivos, además de aplicarse como otros remedios populares en Mesopotamia, India o China.

Durante mucho tiempo se aplicaba enemas con diferentes sustancias como flores, aceites, aloe, hinojo para tratar los diferentes tipos de enfermedades, además en esa época sufrir estreñimiento era un signo de padecer un problema grave de salud.

El material para aplicar las lavativas también ha sufrido cambios a lo largo del tiempo antiguamente de plata, Carey, marfil, oro o nácar.

Por otra parte conviene enfatizar, que el estreñimiento es un trastorno intestinal por problemas de hipo movilidad y que normalmente afecta a mujeres y mayores de 65 años, considerando como estreñimiento que la evacuación intestinal es menor a tres veces por semana realizando un esfuerzo para defecar y con consistencia dura y seca.

Hospitalariamente se utilizan varios tipos de enemas en función de los diferentes tipos de resultados que el facultativo quiera obtener según el paciente: evacuación de heces, administración de medicamentos,...

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de enemas, finalidad y la técnica de administración realizada por los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha consultado en diferentes bases de datos científicas con Scielo, Pubmed, Medline y en las que se habla de los diferentes tipos de enemas y sus aplicaciones, además también se han consultado guías clínicas relacionadas con este tema.

4 Resultados

Cuando se administra un enema debemos tener vigilancia exhaustiva del paciente y ante cualquier signo de reacción vagal avisaremos al médico o DUE y detendremos la infusión.

Están contraindicados en casos de apendicitis, peritonitis, trauma abdominal o cirugía abdominal reciente.

En este caso explicare la administración de un enema evacuador al tratarse del enema mas empleado en un centro hospitalario. El protocolo de actuación será:

- Preparación del material necesario (enema pautado a temperatura corporal, empapadores, cuña, palangana con agua, esponja, toalla, sonda rectal)
- Lavarse las manos y poner guantes de nitrilo.
- Trasladar el material al lado del paciente.

- Informar al paciente sobre el procedimiento que vamos a realizar solicitando su consentimiento. Podemos indicar al paciente que para disminuir la incomodidad del procedimiento puede vaciar su vejiga, para ellos debemos proporcionar en todo momento la intimidad al paciente.
- Pondremos un empapador en la cama y colocaremos al paciente en posición de Sims, es decir decúbito lateral izquierdo con rodillas flexionadas.
- Si es necesario realizaremos el aseo anal o genital.
- Colocaremos el sistema de irrigación con el enema en el soporte a una altura de 40cm aproximadamente por encima del ano.
- Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación.
- Purgar el sistema y pinzarlo.
- Realizar el sondaje rectal al paciente, la sonda se introducirá de 7,5-10 cm en adultos, 5-7,5 cm en niños y 2.5-3.75 en lactantes. Antes de introducir la sonda la lubricaremos e insertaremos la sonda en el recto en dirección arriba y atrás, nunca se forzará la inserción de la sonda.
- Conectamos el sistema pinzado, despinzamos y comenzamos la administración de la solución.
- Si el paciente se siente incapaz de mantener el enema pararemos y una vez que se vuelva a relajar comenzaremos lentamente la administración.
- Antes del vaciado se pinzará el sistema para evitar la entrada de aire.
- Una vez instilado el enema, retiraremos la sonda e indicaremos al paciente que es necesario que lo retenga de 5 a 10 min o el tiempo que indique el médico o en el caso de tratarse de un enema de retención.
- Si el paciente lo necesita proporcionaremos la cuña.
- Observaremos las heces para informar a la enfermera.
- Si fuera necesario realizar el aseo en caso de tratarse de un paciente encamado.
- Colocaremos al paciente en una posición adecuada a su patología.
- Recoger todo el material, nos quitaremos los guantes y realizaremos el lavado de manos.
- Anotar si ha sido efectivo o informar sobre cualquier incidencia relevante.

En el ámbito hospitalario el uso de enemas es frecuente y habitual, esta práctica tiene varios fines en función de la necesidad del paciente, se clasifican en:

- Por estreñimiento estimulando el peristaltismo y eliminar el contenido intestinal.
- Lubricación del recto y colon con un enema oleoso, con un fin preventivo y conseguir ablandar las heces.
- Para fines diagnósticos o procedimientos quirúrgicos (antes del parto, pruebas radiológicas o endoscópicas) limpiando el colon y recto.

-Administración de medicamentos, fluidos y nutrientes.

-Carminativo para expulsar los gases intestinales.

Cabe destacar que siempre se emplearan en los pacientes bajo una prescripción médica al no tratarse de una práctica inocua y la administración de un enema normalmente es un procedimiento seguro y con pocos efectos adversos.

El principal resultado obtenido dependerá de las diferentes patologías y con ello los fines serán diferentes, pudiendo ser para evacuar heces, administración de medicamentos o detectar diferentes tipos de anomalías en el colón su forma será líquida o acuosa, para su administración se emplearán cánulas o con forma de supositorio.

Normalmente no suelen causar efectos adversos pero también pueden tener algunos efectos secundarios como son el dolor abdominal, náuseas, trastornos electrolíticos, escozor anal y/o proctitis.

Tras realizar cualquier técnica es imprescindible que se registren los resultados en la historia del paciente algunos datos como son el procedimiento realizado al administrar el enema, la cantidad de heces irrigada, si es necesario el tiempo retenido cuando este enema sea medicamentoso, si ha tenido efectividad o no el mismo y además es importante indicar la consistencia de las heces. Siempre que durante la administración de alguno de estos enemas explicados nos encontremos ante cualquier tipo de incidente se deberá avisar al médico o DUE inmediatamente.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, tenga el conocimiento necesario sobre enemas, la destreza y habilidad necesaria para administrar dicho enema y poder ofrecer una atención al paciente que garantice la seguridad y calidad asistencial, al igual que debe conocer las complicaciones que puedan aparecer por el uso de estos y como debe actuar en cada caso.

Por otra parte debe conocer los diferentes factores que pueden provocar la disminución de los movimientos peristálticos y el riesgo que esto conlleva, pudiendo indicar al paciente diferentes procedimientos de hábitos saludables para aumentar este peristaltismo o mejorar la dieta para evitar el estreñimiento.

6 Bibliografía

1. Apuntes personales de FP de grado medio TCAE.
2. Riesgos biológicos formación continuada Logoss

3. Web de CRL Prevención. Riesgos laborales en hospitales y clínicas.
4. Organización Mundial de la Salud: Peligros biológicos.

Capítulo 72

EL PACIENTE TERMINAL Y EL TCAE

BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO

LOUBNA CHEIKH

ROCIO MORA MUÑOZ

LAURA PILAR MOLINA CAÑIZARES

MILAGROS DAIMIEL CASTRO

1 Introducción

En los últimos años, se ha avanzado en los métodos de cuidados a los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización, principalmente en las personas que tienen una enfermedad avanzada.

Se están realizando una serie de atenciones que antes no se podían realizar en casa que van a mejorar el tránsito hacia la muerte, de tal manera que se ha conseguido una muerte digna.

Estas técnicas reciben el nombre de cuidados paliativos, que se desarrollan en hospitales, centros de día, domicilio y centros especializados que presentan una mayor flexibilidad en todos los ámbitos del cuidado que permiten que así tanto pacientes como su entorno cercano vivan el proceso con menos ansiedad.

El cuidado paliativo es la atención a los pacientes terminales para mejorar la calidad de vida de los mismos ante una enfermedad grave que no responde a tratamiento y se trata de aliviar los síntomas de la misma cuando el pronóstico de vida es menor a seis meses. Se trata de dar cuidados de confort.

Ante todo momento, se trata de mejorar la calidad de vida del paciente controlando los síntomas para ello se debe recibir una formación en este campo para que la atención se centre en el espacio emocional que suele ser lo que más les preocupa tanto a los pacientes como a los familiares.

Esta enfermedad presenta síntomas múltiples y multifactoriales que suelen ir cambiando pero nunca mejoran. El deterioro evoluciona con gran rapidez en base a la patología que se padece.

Los pacientes suelen demandar mucha atención que implican:

- Generar recursos específicos.
- Mejorar la atención en los recursos existentes.
- Cambios en los métodos de trabajo desde la flexibilidad.
- Creación de equipos de cuidados paliativos interdisciplinares tanto para atención en el domicilio como para atención en el hospital

2 Objetivos

- Identificar los aspectos fundamentales a tener en cuenta en relación con los cuidados paliativos por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro, se ha realizado la búsqueda en base de datos de soporte digital, así como en guías de cuidados paliativos recogiendo la información lo más actualizada posible para el estudio de la temática propuesta. Los términos empleados han sido: salud, paliativos, terminal, cuidados, actuación, ley, auxiliar enfermería, funciones. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados hace más de 23 años.

Se ha efectuado una búsqueda bibliográfica de material publicado en las Guías de Cuidados Paliativos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos teniendo en cuenta los siguientes parámetros: cuidados paliativos, enfermedad terminal, paciente crítico, dolor y calidad de vida.

4 Resultados

La base de la atención engloba el control de los síntomas para dar confort y bienestar. El apoyo emocional y la comunicación adquieren una gran relevancia en el

tratamiento que se ofrece. Se trata de cubrir las necesidades físicas, psicológica, sociales y espirituales del paciente y su familiares teniendo en cuenta el proceso del duelo.

Se trata de utilizar de forma conjunta medidas farmacológicas y no farmacológicas llegando a generar métodos e intervenciones que mejoren la calidad de vida del paciente terminal teniendo en cuenta su individualidad, de tal manera su atención sea integral.

Todas las intervenciones que se realizan son educativas para llegar a generar cambios en la salud de las personas que se atienden. Debe realizarse una concienciación sobre los cuidados paliativos por parte de los sanitarios.

Según avanza la enfermedad los síntomas son cada vez más y el dolor se termina cronificando por lo que se genera un protocolo para atender el dolor crónico.

La demanda social de los cuidados paliativos ha aumentado durante el pasado siglo para llegar a aliviar el sufrimiento del que fallece. Es gracias a Cicely Saunders en los años 60 del pasado siglo quién pone nombre a esta rama de la sanidad. Alrededor de 40 millones de personas al año necesitan este tipo de cuidados y normalmente tiene unos ingresos medios por lo que es el Estado el que debe asumir esto. Por otro lado se ha visto que únicamente el 14% de las personas reciben apoyo paliativo.

Esta realidad tiene tendencia a ir creciendo debido al envejecimiento de la población y al crecimiento de las enfermedades no transmisibles. Es necesario realizar una intervención temprana en los pacientes paliativos que reducirían el uso de los servicios sanitarios.

Las necesidades que se cubren en los pacientes son:

- Físicas: Se debe intentar mantener una buena imagen por ello se promueven los cambios posturales que eviten aún más la debilidad muscular y eviten las úlceras por presión. Cuidados bucales, ya que estos enfermos desarrollan hongos en la boca debido a la caída de las defensas.
- Ambientales con un espacio agradable que le haga sentir confortable.
- Emocionales: Se desarrollan a partir de la comunicación que fomenta la confianza y permite la expresión de los sentimientos. La empatía y asertividad son básicas.
- Espirituales: En base a sus creencias y sentimientos respetando sus decisiones y autonomía.
- Post-mortem: Son aquellas que se brindan cuando el médico certifica el fallecimiento y se siguen manteniendo actitudes de dignidad y respeto hacia el paciente. En este momento la familia sigue estando presente y se le debe brindar los cuidados oportunos de apoyo y de guiar el proceso del duelo.

5 Discusión-Conclusión

Desde los años 90, ha comenzado en España un creciente deseo de desarrollar los cuidados paliativos en los distintos sistemas de salud. Durante este capítulo se ha tratado de mostrar la importancia del respeto y la autonomía del paciente terminal en esta etapa de la vida. Se trata de que prevalezca la idea del buen morir con dignidad.

Se ofrece tanto a la familia como al paciente un apoyo psicológico que hasta ahora no se mostraba ni se cuidaba. El control del dolor es primordial para favorecer unos cuidados de confort.

Actualmente, el Parlamento el pasado mes de marzo del 2021 ha aprobado la ley de la eutanasia que ha pasado al Senado para su última votación y puesta en practica en nuestro país.

Esto ha llevado a múltiples discusiones que permiten que se acorte la agonía de este tipo de pacientes.

Desde el contexto del derecho humano de la salud, los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus familiares en lo físico, lo emocional y lo espiritual.

Se debe recibir la formación adecuada en las técnicas y atención psicoemocional de lo terminal o paliativo. Se deben prevenir y aliviar los síntomas antes de que aparezcan para evitar problemas y malestar en los pacientes y sus familiares.

Los cuidados paliativos exigen un equipo multidisciplinar ya que el paciente va a pasar sus últimos días de forma consciente con un control de dolor y los síntomas en manos de dichos equipos siendo cada persona integrante del mismo responsable de una serie de cuidados.

6 Bibliografía

- Definición cuidado paliativo, Instituto Nacional del Cáncer, Estados Unidos (Archivado el 14 de mayo de 2009 en la Wayback Machine).
- Centeno Cortés C, Hernán de la Calle S, Arnillas Gómez P. Historia del movimiento hospitalario. El desarrollo de los Cuidados Paliativos en España. En: Gómez Sancho M (ED) Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid: Aran; 1999
- <http://www.auxiliar-enfermeria.com>; protocolos TCAE.

- Guía de Cuidados Paliativos editada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).
- <https://www.who.int/es>
OMS Cuidados Paliativos, 19 febrero de 2018.

Capítulo 73

SISTEMA SANITARIO POSTCOVID Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO

LOUBNA CHEIKH

ROCIO MORA MUÑOZ

LAURA PILAR MOLINA CAÑIZARES

MILAGROS DAIMIEL CASTRO

1 Introducción

El 31 de diciembre de 2019 en China se comunica a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, en la provincia de Hubei. Se confirma que es un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2 o COVID-19, con síntomas principalmente respiratorios que van desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico.

Los coronavirus son una familia de virus que causan infección en los seres humanos y animales encuadrándose dentro de las enfermedades calificadas como zoonóticas, lo que significa que pueden transmitirse de los animales a los humanos.

El SARS-CoV y MERS-CoV, ambos patógenos surgen desde un reservorio animal, son responsables de infecciones respiratorias graves epidémicas con gran repercusión internacional por su morbilidad y mortalidad.

El actual coronavirus SARS-CoV-2 es el séptimo conocido que provoca infecciones en los seres humanos. La expansión vertiginosa de la pandemia COVID-19 y el elevado número de casos que han requerido ingreso en los hospitales, ya sea en las plantas o en las unidades de críticos, han obligado a redistribuir los recursos para atender de forma emergente a los pacientes infectados, tal y como comentaba el Dr. Utrilla, director médico del Hospital Universitario Ramón y Cajal el 13 de marzo del 2020 en el periódico El País.

Esto ha llevado a una reducción y reestructuración significativa de la actividad en todos los niveles de asistencia., que en algunos casos ha llegado al extremo de demorar todos los procedimientos electivos realizando únicamente aquellos urgentes. La vuelta a la normalidad en los centros sanitarios compaginando con la nueva realidad del covid trata de priorizar la seguridad para los pacientes y los profesionales en las distintas etapas del proceso asistencial, ya sea en circuitos covid o no covid, creando dos circuitos totalmente aislados uno de otro tanto para pacientes, familiares como personal sanitario.

En todo momento se debe anticipar la posibilidad de episodios de rebrote de la infección por SARS-CoV-2 por un tiempo aún por determinar para poder adecuar el sistema sanitario.

2 Objetivos

- Proporcionar unas recomendaciones para la vuelta escalonada y segura a la actividad sanitaria tras la pandemia por Covid-19.
- Establecer criterios de actuación en el equipo multidisciplinar según la evolución epidemiológica de la pandemia.

3 Metodología

Para la elaboración y descripción del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda metódica de libros y también se han examinado artículos en las principales bases de datos de la nube, recopilando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas recientemente y páginas web.

Se excluyeron artículos publicados antes del año 2020. En dicha revisión, se incluyeron artículos que contenían en el título al menos dos de las palabras clave: Covid, sanidad, circuitos covid y pandemia.

4 Resultados

Se recomienda establecer en el centro sanitario circuitos diferenciados de pacientes con COVID-19 confirmado, con sospecha de COVID-19 y con COVID-19 descartado o paciente limpio, para evitar la transmisión del microorganismo entre pacientes y profesionales. Estos circuitos se irán creando según las características de los hospitales y el momento de alerta sanitaria en el que se encuentre la pandemia.

En los grandes hospitales, se crearán unidades físicas con circuitos independientes dentro las áreas de quirófano o de intervención para pacientes limpios, sospechosos, urgentes y positivos al SARS – COV-2.

Esto conlleva generar un circuito cerrado desde la entrada del paciente tenga el criterio hasta su salida del centro hospitalario. En los hospitales comarcales o de menor envergadura ante la imposibilidad técnica se optará por medidas de limpieza oportunas y atención en momentos separados en el tiempo.

Se deben crear áreas de hospitalización específicas que reduzcan la posibilidad de expansión del virus entre los pacientes y profesionales. El tamaño de las áreas nace en base a la demanda de los pacientes con el COVID –19. En la medida de las posibilidades se panelizarán los circuitos en caso de no ser posible los pacientes sospechosos y positivos se citarán a última hora en caso de las consultas externas o pruebas ambulatorias.

Los quirófanos deben cumplir las recomendaciones establecidas de renovación de aire, ventilación y filtración, sobre todo si se usan aerosoles. Ante esto nunca se debe olvidar la limpieza de superficies en contacto con el paciente.

El fin es proteger a los pacientes y sanitarios del riesgo de infección por SARS-CoV-2 y asegurar la actividad asistencial del resto de pacientes con sus propias patologías y no las de la pandemia y sus consecuencias. Así, respecto al personal sanitario, los centros hospitalarios deben dotarse del personal oportuno para mantener la continuidad y calidad asistencial evitando que los mismos roten por diferentes circuitos.

Comienzan a proliferar formaciones y reuniones virtuales para evitar la aglomeración de sanitarios con lo que ello conlleva. En todo momento se deben mantener las medidas de higiene y la distancia recomendadas por el Ministerio de Sanidad. Para lograr un aislamiento y control de la pandemia por parte del sistema sanitario se deben crear los canales oportunos para transmitir la información a la población sobre los síntomas de la enfermedad y las medidas a tomar en caso de infección. Los síntomas de esta nueva pandemia del SXXI pueden ser muy leves o extremos. Se pasa por pacientes con pocos síntomas, asintomáticos o con un alto distrés respiratorio que lleva a una neumonía a la semana de presentar síntomas.

Algunas personas pueden tener solo unos pocos síntomas, y otras quizás no tengan ninguno. Los adultos mayores y con enfermedades crónicas corren un riesgo más alto de enfermarse de gravedad aumentando el riesgo con la edad. La higiene de manos facilita la prevención y control de la enfermedad por ello a la entrada y salida de todos los centros sanitario se debe disponer de carteles informativos sobre el lavado de manos y dispensadores de gel hidroalcohólico o desinfectantes virucidas como el hipoclorito de sodio.

Se deben evitar el uso de relojes, pulseras o joyas que dificultan una higiene adecuada. La higiene respiratoria de estos pacientes lleva consigo el uso obligatorio de la mascarilla entre los pacientes, el personal y las visitas que debe minimizar la transmisión del SARS-CoV-2. Cabe destacar taparse la boca al toser, los pañuelos se desecharán en los lugares habilitados para ello, uso de cubos con pedal y tapa, no tocarse la nariz, ojos y boca. Todo ello será informado con carteles a la entrada y salida del centro.

La distancia mínima entre las personas será de 2 metros siempre que sea posible sino se utilizarán los equipos de protección individual. La puesta y retirada de estos equipos conlleva una supervisión directa por parte de otro profesional sanitario en todo momento. A las precauciones estándar se añaden las precauciones por contacto junto con las de gotas para contener y paliar la pandemia.

El paciente quedará ubicado en circuito que le corresponda según sean los síntomas que presente colocándose en un circuito covid o no covid donde se instalarán las barreras físicas oportunas y el aislamiento designado.

Se optará principalmente por la habitación individual con baño y ventilación natural que debe permanecer siempre cerrada a ser posible con presión negativa. Las visitas a este tipo de pacientes de forma física estarán prohibidas, pero se

establecerán otro tipo de comunicaciones con los ingresados para que puedan mantener relaciones con sus familiares como son las videollamadas.

Las visitas quedarán reguladas desde el momento en que tanto pacientes como ciertos familiares o visitas tengan IGG positivas. Todo esto en base a las recomendaciones de los profesionales. La gestión de los residuos incluido la vajilla y la ropa de cama se hará según las recomendaciones habituales, pero se introduce en doble bolsa. Los residuos debido a la rápida propagación del virus siguen unas recomendaciones muy específicas que exigen una higiene muy alta y un aumento del a retirada de los residuos.

Se debe limpiar y desinfectar de forma más continuada y los residuos se consideran de clase III. Se habla de paños desechables impregnados en desinfectante principalmente hipoclorito de sodio. De nuevo recalcar la importancia de la higiene de manos.

Los protocolos de traslado y movilización de los pacientes positivos por las distintas áreas de los centros sanitarios deben estar clarificados de tal manera que se pueda movilizar sin poner en peligro al resto de los usuarios y del personal sanitario. Dicho protocolo que debe ser establecido para aquellas situaciones en las que sea necesario trasladar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

La pandemia del SXXI del COVID -19 ha demostrado la necesidad de optimizar y reestructurar los recursos y medios del sistema sanitario promoviéndose el uso de las plataformas de telemedicina como ayuda innovadora en el tratamiento de las diferentes patologías y no solo del COVID-19.

A nivel planetario, se ha creado una reestructuración de los diferentes sistemas sanitarios de los países para hacer frente a esta nueva pandemia del COVID-19.

Se han venido desarrollando en este último año del COVID diferentes estrategias para el manejo y la optimización de los recursos y centros sanitarios, creándose circuitos diferenciados para tratar los pacientes de covid y los no covid. Estos circuitos con todas sus necesidades humanas y materiales cubiertas que permitan la protección del resto de los pacientes, visitas y profesionales.

Es esencial fortalecer este aspecto desde un fortalecimiento de la educación sanitaria de toda la población haciendo hincapié en el paciente positivo para evitar

en la medida que sea posible la rápida propagación de la enfermedad.

Es importante valorar que esta enfermedad ha venido para quedarse y que tendrá sus picos y rebotes, pero se debe ser consciente de esta nueva estructura sanitaria para poder ser capaces de respetar y de estructurar un nuevo sistema sanitario mientras la enfermedad se convierte en algo estacionario como en su día ha pasado con otras pandemias.

6 Bibliografía

1. Revista HAD Hospital a domicilio “Reestructuración del funcionamiento de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol para el manejo de pacientes COVID y no COVID ingresados durante la pandemia del COVID-19 en España” Vol. 5 nº1/2021
2. <https://elpais.com/sociedad/2021-03-13/la-hazana-del-hospital-mutante.html>
3. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica “La organización de la asistencia hospitalaria: Revisión de circuitos hospitalarios y con centros extrahospitalarios”. Octubre 2020
4. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf
5. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
6. https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Procedimientos_intervencionistas.pdf

Capítulo 74

FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA

ANA PATRICIA GONZÁLEZ IBÁÑEZ

M^a ÁNGELES FERNÁNDEZ

FRANCISCO DIAZ FALLAS

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

VANESSA PALACIOS LARA

1 Introducción

La cardiología es la rama de la medicina que se encarga del estudio y el funcionamiento del Aparato Cardiovascular, en el se engloba los vasos sanguíneos y el gran músculo que es el corazón.

Esta especialidad de la medicina tiene rama quirúrgica y no quirúrgica. Cuando es la parte quirúrgica la realiza un especialista que se denomina cirujano cardiovascular.

El padre de la Cardiología y maestro es William Harvey, quien descubrió el circuito que realiza la sangre por el cuerpo humano.

Hoy en día esta rama de la ciencia sanitaria, se lleva a cabo por diferentes especialistas que trabajan en equipo, para el buen funcionamiento del servicio y

poder tratar a los pacientes que lo necesitan de la forma más satisfactoria posible Las muertes por enfermedades cardiovasculares suponen la primera causa de muerte en los países Occidentales.

Con una incidencia mucho mayor en hombres que en mujeres. En la actualidad hay una tendencia al alza de mujeres afectadas por enfermedades cardiovasculares.

El especialista de la cardiología es el facultativo formado en esta rama específica durante 5 años, siendo asistido por el TCAE o equipo sanitario correspondiente en cada momento Como TCAE desempeñamos un papel fundamental en la asistencia de los pacientes y sin nuestra figura, el trabajo del cardiólogo no sería posible sin nuestro apoyo.

2 Objetivos

Describir el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la consulta de cardiología hospitalaria y su importancia dentro de esta consulta.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed Google Académico Se han utilizado búsquedas en revistas científicas y artículos de cardiología básica. Se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: sistema cardio vascular, consulta, TCAE.

4 Resultados

Es imprescindible la colaboración paciente- TCAE- Cardiólogo.

En un primer momento el paciente será llamado por el TCAE, si es una primera consulta el cardiólogo procederá hacerle una anamnesis y a intentar vislumbrar el motivo que le ha llevado a la consulta. Si es una consulta sucesiva o segunda se realizarán las pruebas complementarias que el facultativo vea a su juicio necesarias.

Nuestra labor es en primer momento la de asistir al paciente si fuera necesario se le prestaría ayuda para entrar.

En la consulta de cardiología, por norma general siempre se realizará al paciente un electrocardiograma, un eco-cardiograma, toma de tensión y de la frecuencia cardiaca

- Para el electro cardiograma posicionaremos al paciente en la camilla en decúbito supino, le pegaremos las pegatinas y a ellas las derivaciones, son 6 derivaciones precordiales y 4 derivaciones en los miembros. Se procederá a la recogida de los datos. Cuando veamos en la pantalla del ordenador el electro sin interferencias y en cuatro partes procederemos a la captura del mismo. Imprimiremos y se lo enseñaremos al cardiólogo para saber el resultado final.

- Para el ecocardiograma posicionaremos al paciente en decúbito lateral en la camilla apoyado sobre su lado izquierdo y con un leve giro hacia su derecha, en ese lado es donde se encuentra posicionado el cardiólogo y desde donde le hará la prueba con el ecógrafo, asistiremos en todo lo necesario. Cuando el cardiólogo termine, le facilitaremos al paciente papel para poder limpiar el producto que se utiliza para la transmisión de la señal a través la sonda ecografía.

Se tomará la tensión y la frecuencia cardiaca utilizando el tensiómetro posicionándolos en el brazo izquierdo del paciente siempre que sea posible. El paciente tiene que estar relajado para tener una medición verdadera.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos afirmar que el papel que desempeña el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería, es fundamental para el funcionamiento óptimo de la consulta de cardiología.

Se tiene en cuenta que una buena comunicación entre los diferentes trabajadores, así como la buena comunicación entre el paciente y los trabajadores y el facultativo nos llevará a un estado de trabajo mucho más llevadero, generando más concentración y un diagnóstico mucho más preciso.

Es importante el conocimiento por parte del TCAE de todas las funciones que desempeña en cardiología y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1. Balasingama, M; EbrahimI, J; Ariffinb, A. Tele-echocardiography – Made for astronauts, now in hospitals. Indian Heart Journal. 2017; 69(2): 252-254 Barriales, R. y otros (2001). Anomalías congénitas de las arterias coronarias del adulto descritas en 31 años de estudios coronariográficos en el Principado de Asturias: principales características angiográficas y clínicas. Revista Española de Cardiología, 54, 268-281.
2. Beanlands RSB, Nichol G, Huszti E, Humen D, Racine N, Freeman M, et al. F18-Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography Imaging-Assisted Management of Patients With Severe Left Ventricular Dysfunction and Suspected Coronary Disease. J Am Coll Cardio

Capítulo 75

LABOR DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO

ANA PATRICIA GONZÁLEZ IBÁÑEZ

M^a ÁNGELES FERNÁNDEZ

FRANCISCO DIAZ FALLAS

VANESSA PALACIOS LARA

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

1 Introducción

Se define puerperio, también conocido como cuarentena, como el periodo que comprende desde que la madre alumbra al bebé o expulsa la placenta hasta que se produce la normalización de todos los cambios fisiológicos que se hayan podido producir en el cuerpo de la madre durante el periodo de embarazo de la mujer. Tiene una duración aproximada de entre seis y ocho semanas, más o menos alrededor de unos cuarenta días, aunque en algunos casos, dependiendo de la lactancia, puede alargarse y llegar incluso a durar seis meses.

El puerperio tiene tres etapas claramente divididas: las primeras veinticuatro horas después del parto que se denomina postparto inmediato, a partir del segundo día comienza el puerperio precoz que dura hasta aproximadamente una semana después del parto, el puerperio alejado que engloba desde el décimo día hasta que pasan unos cuarenta días, y por último, el puerperio tardío que puede durar incluso hasta seis meses.

Durante el puerperio el cuerpo de la madre sufre notables cambios, tanto físicos como funcionales, de manera progresiva para volver al estado en el que se encontraba antes del embarazo, se restituye también la anatomía y las alteraciones que se hayan producido de las funciones de las glándulas y los órganos del cuerpo de la madre durante el período de gestación del embrión.

2 Objetivos

- Conocer la definición, etapas y características del puerperio.
- Analizar las funciones como Técnico Auxiliar en Enfermería durante el puerperio de la mujer.

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 en libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: “Scopus”, “Medline” y “Pubmed”. Seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TCAE debe saber los cambios principales que se producen en el cuerpo de una mujer durante el puerperio:

- Se produce la cicatrización del cuello del útero, la vagina y el periné. - Se produce la involución del útero.
- Aparecen los loquios (mezcla de restos de sangre del revestimiento del útero y secreciones producidas al cicatrizar la herida producida por la placenta tras su expulsión).
- Se producen un aumento del tamaño de las mamas y empiezan a producir leche.

Durante el puerperio, la madre necesita toda la ayuda médica y psicológica posible. El papel del TCAE es muy importante debido al trato directo con la madre. Las diferentes funciones que un TCAE debe realizar durante el puerperio de una madre son:

- Controlar que la madre realice una primera micción antes de que se cumplan las veinticuatro horas después del parto.
- Es frecuente que, después del parto, la madre experimente estreñimiento hasta que su intestino vuelva a su posición natural. El TCAE debe controlar y valorar la frecuencia de defecaciones de la madre y recomendarle, siempre que esté indicado, que se levante y pasee lo antes posible.
- Comprobar el tono uterino y la involución durante los primeros días después del parto.
- Vigilar el estado de los pezones mientras se inicia el aumento de la secreción láctea para evitar la aparición de grietas y posibles infecciones.
- Ayudar a la madre con la higiene perianal y las duchas diarias desde el primer día.
- Controlar y registrar las constantes de la madre y el recién nacido. - Ayudar y formar a los padres en todos los cuidados referentes al recién nacido: vestido, baño, lactancia, cuidados del cordón umbilical, etc.
- Animar a la madre y fomentar la deambulación, evitar que pase largos períodos de tiempo en la cama.
- Favorecer, en todo lo posible, el descanso de la madre y el recién nacido.

El embarazo es un periodo de cambios constantes para la mujer en el que el parto suele ser el momento más deseado, no obstante, tras el nacimiento los retos a afrontar pueden desbordar a los padres. La realidad es distinta a la que suelen idealizar los padres y en ocasiones pueden desbordarles. Informar y dar apoyo a las madres y padres que acaban de tener un hijo es de gran importancia para adaptarse a las nuevas condiciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, aunque puede llegar a ocurrir que algunas mujeres pasen por el puerperio sin ningún tipo de dificultad, hay otras que les resulta mucho más difícil pasar esta etapa, ya que, en ocasiones, pueden llegar a desbordarlas la incertidumbre de esta nueva etapa. En cualquiera de los dos casos, la figura del Técnico Auxiliar en Enfermería (TCAE) es muy importante tanto a nivel hospitalario como para apoyar y acompañar psicológicamente a las madres. Además, no se debe olvidar que, en cualquier momento de este proceso, puede aparecer una depresión y, en muchas ocasiones, dentro del personal hospitalario, el TCAE pasa mucho tiempo con la madre.

6 Bibliografía

1. Puerperio: qué es, etapas y cuidados (atida.com).
2. ¿Qué es el puerperio? (fertilab.net).
3. Aspectos clínicos del puerperio (icmer.org).
4. El puerperio - Revista Electrónica de Portales Medicos.com (revistaportalesmedicos.com).
5. Atención durante el puerperio - GuíaSalud (guiasalud.es).

Capítulo 76

LAS FORMAS DE COMUNICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE

ANA PATRICIA GONZÁLEZ IBÁÑEZ

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

FRANCISCO DIAZ FALLAS

VANESSA PALACIOS LARA

M^a ÁNGELES FERNÁNDEZ

1 Introducción

La forma en que los seres humanos nos comunicamos, a través de un lenguaje complejo en el que tanto la comunicación verbal como la no verbal se entrelazan para hacernos entender con mayor efectividad frente a nuestros congéneres, nos hace únicos.

Es, por tanto, obvio que la comunicación es esencial en todos los aspectos de la vida, pero lo es más aún cuando nos referimos al ámbito de la salud y, en especial, al del paciente, ya que este, al acudir a un centro hospitalario, se encuentra en un entorno desconocido, por lo que puede estar desorientado, y en un estado, tanto físico como emocional, de vulnerabilidad y confusión.

Por todo ello es por lo que se hace necesario que, si queremos mantener una buena relación con nuestros pacientes, desarrollando la confianza necesaria para conseguir su colaboración, sea imprescindible, no solo tener una actitud empática a la par que profesional, sino también que seamos capaces de comunicarnos de manera clara y efectiva.

Cuanta mayor sea nuestra capacidad para desarrollar este tipo de comunicación, mejor será la relación con el paciente y mejor, por tanto, la atención que todo el equipo de salud, y en especial el TCAE, podrá desarrollar en su beneficio. La comunicación terapéutica es, por tanto, esencial para desarrollar la correcta relación con el paciente, teniendo siempre en cuenta factores como: edad, sexo, estado de salud, nivel cultural, situación socioeconómica.

2 Objetivos

- Definir el concepto de comunicación terapéutica.
- Exponer cómo los TCAE desarrollan la relación terapéutica con el paciente y cómo desarrolla destrezas y habilidades necesarias para crear un clima de confianza con el paciente

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

Para desarrollar una buena relación con el paciente y poder brindarle los cuidados necesarios, debemos ser capaces de establecer una relación de confianza y, para conseguirlo, la comunicación terapéutica es el método más eficaz.

Podemos definir la comunicación terapéutica como una comunicación que debe tener en cuenta no solo la comunicación verbal y no verbal (gestos, sonrisas, miradas) sino también los silencios y la escucha activa.

Tendremos en cuenta todo aquello que nos transmita el paciente, no solo por lo que nos diga sino también por todo aquello que podamos interpretar a través de su lenguaje no verbal. Los gestos, miradas, sonrisas e incluso los silencios pueden informarnos de cómo se siente el paciente ante determinadas situaciones.

El paciente puede sentirse incómodo, avergonzado, molesto ante determinadas preguntas, prácticas o situaciones en general y no atreverse a verbalizar por miedo o por la falta de confianza y seguridad que pueda sentir.

En el mismo sentido, los silencios también pueden transmitirnos mucha más información de lo que, en principio, pudiera parecer.

Por todo ello, los sanitarios y, en este caso concreto, los TCAE especialmente debido al estrecho contacto que mantenemos con los pacientes, debemos desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para generar un clima de confianza que nos permita ayudar y apoyar de la forma más efectiva posible.

Debemos tener en cuenta las características particulares de cada paciente, como, por ejemplo: sexo, edad, nivel cultural, situación socioeconómica, estado de salud.

Una vez valoradas dichas características, procuraremos utilizar una terminología clara, una comunicación eficaz basada en principios éticos, siempre desde el respeto e intentando generar la mayor confianza posible.

Tan importante como lo que transmitimos es ser capaces de desarrollar la escucha activa, teniendo en cuenta aquello que el paciente nos comunique y favoreciendo siempre el diálogo; debemos ser conscientes siempre de que el paciente se encuentra en una situación de vulnerabilidad frente a nosotros y eso, indiscutiblemente, afectará a la forma en que se enfrente a la situación.

5 Discusión-Conclusión

Con todo lo expuesto anteriormente, podemos sacar las siguientes conclusiones:

- La comunicación es algo básico en todos los aspectos de la vida.
- En el ámbito sanitario, la comunicación terapéutica es esencial para desarrollar una relación de confianza con el paciente, para poder ofrecerle, de manera más efectiva, los cuidados y el apoyo que necesita.
- La comunicación terapéutica debe estar basada, siempre, en principios éticos.
- Se entiende por comunicación terapéutica aquella que es capaz de desarrollar la confianza necesaria para desempeñar, de la forma más eficaz, nuestras funciones

como TCAE.

-Dicha comunicación consta no solo del lenguaje verbal y no verbal sino también y sobre todo, de una eficiente escucha activa de la que los silencios serán también parte fundamental.

-Tendremos siempre en cuenta las peculiaridades de cada paciente, así como la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra. Teniendo en cuenta toda la información recabada a través de los métodos mencionados en el apartado anterior, podemos concluir que la comunicación es básica en todos los aspectos de la vida y especialmente relevante en el ámbito sanitario.

Para desarrollar una buena relación con el paciente y poder brindarle los cuidados necesarios, debemos ser capaces de establecer una relación de confianza y, para conseguirlo, la comunicación terapéutica es el método más eficaz.

6 Bibliografía

1. Naranjo Bermúdez, Isabel C. Ricaurte García, Gloria P.” La comunicación con los pacientes” (2006). www.scielo.org.co.
2. Merayo Pérez, A. “La comunicación con el paciente”. ELSEVIER (2014).
3. “Comunicarse con los pacientes”. www.medlineplus.gov.
4. Instituto Universitario de Pacientes. “Comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes” (2019), en www.novartis.es.

Capítulo 77

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE LOS LESIONADOS MEDULARES

MARÍA BELÉN QUESADA NAVARRO

ANA ISABEL QUERENCIAS MORENO

LAURA PICAZO LÓPEZ

LETICIA MARTINEZ REY

IVÁN GÓMEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Todos los hospitales cuentan con personal médico de primer nivel. Independientemente de la clase de profesionales médicos a la que pertenezcan, estas personas son figuras significativas en los hospitales.

Un cambio en la médula espinal conocido como mielopatía o lesión de la médula espinal puede resultar en la pérdida de movimiento y/o sensibilidad. Es crucial tener en cuenta que la pérdida funcional puede ocurrir sin una amputación completa de la médula espinal. En realidad, la mayoría de las médulas espinales después de una lesión de la médula espinal están ilesas. Las lesiones de espalda y cuello, como la ruptura de discos y la estenosis espinal, no siempre están relacionadas con las lesiones de la médula espinal. Sin dañar su médula espinal, puede

sufrir una lesión en el cuello o la espalda. Este es un dispositivo médico de emergencia, y cualquier daño podría provocar una parálisis permanente dependiendo de la cantidad de inhibición afectada. La mayoría tienen lugar a nivel neuromuscular C5 y son incompletos. Estas lesiones son el resultado de esto.

1-Lesiones, como roturas de discos intervertebrales, heridas por arma de fuego, caídas y accidentes de tráfico.

2-No traumáticas: poliomielitis, espina bífida, tumores primarios o metastásicos, ataxia de Friedreich, espondilitis hipertrófica, enfermedad degenerativa del disco y estenosis espinal, malformaciones congénitas, isquemia, LMSAR (lesión no ósea de la médula espinal), etc.

2 Objetivos

Dar a conocer los aspectos básicos a tener en cuenta en relación con la lesión medular, resaltando la importancia de los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este tipo de pacientes.

3 Metodología

Se realizó una investigación para ayudar con el desarrollo del presente trabajo incluyendo un análisis bibliográfico del cuerpo de conocimiento en el campo. Se ha realizado una búsqueda minuciosa de los libros y artículos consultados como Scielo, Medline y Pubmed que son las tres bases de datos principales.

4 Resultados

Los efectos de una lesión de la médula espinal varían según el tipo y la extensión del daño. Se dividen en dos categorías diferentes.

1. Lesión completa en regiones donde no hay función por debajo del nivel de la lesión. La sensibilidad también es imposible, pero los movimientos son libres.

2-Siempre hay una lesión total bilateral, lo que significa que ambos lados del cuerpo están igualmente afectados.

Las personas que tienen heridas incompletas pueden sentir cosas por debajo del nivel de la herida. Las personas con este tipo de lesión pueden tener una extremidad que se mueve más que la otra, algunas partes del cuerpo pueden no moverse o una parte del cuerpo puede trabajar más que la otra. El daño incompleto varía. Otros cambios además de la pérdida de la función sensorial y motora

son frecuentes en las personas con lesiones de la médula espinal. Es posible que no tengan un buen control de los intestinos y la vejiga. Además, los hombres normalmente pueden perder peso durante la eyaculación, lo que causa problemas durante el embarazo, a diferencia de la mayoría de las mujeres. La función sexual también se ve comprometida con frecuencia. Cuando los movimientos involuntarios como la respiración se pierden como resultado de lesiones de la médula espinal de muy alto grado (C1-C2), con frecuencia se requiere ventilación mecánica. Otros efectos incluyen la incapacidad para regular la temperatura corporal, alteración de la sudoración debajo de las lesiones, dolor crónico e incontinencia urinaria o intestinal. Dependiendo del lugar donde ocurrió la lesión, frecuentemente es necesario el uso de aparatos ortopédicos y fisioterapia. Defecar, cambiar pañales, dar alimentos y medicamentos y cambiar de posición son solo algunas de las tareas que un técnico de atención auxiliar de enfermería puede realizar 1.

5 Discusión-Conclusión

Excelentes médicos se puede encontrar en todos los hospitales independientemente de la clase de profesionales médicos a la que pertenezcan, estas personas son figuras significativas en los hospitales. Dado que cada uno de ellos contribuye o es responsable de ello, todos brindan al paciente algún tipo de asistencia donde hay una lista de especificaciones para un individuo o paciente elegido. Por otro lado, los pacientes y sus familias ven constantemente a los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería. En otras palabras, siempre tiene contacto de primera mano con el paciente para defecar, cambiar pañales, suministrar alimentos y medicamentos y cambiar de posición son solo algunas de las tareas que un técnico de atención auxiliar de enfermería puede realizar.

6 Bibliografía

-Kirshblum, Steven; Snider, Brittany; Rupp, Rüdiger; Read y, Mary Schmidt; International Standards Committee of the ASIA and ISCoS (2020-08). «Updates of the International Standards for Neurologic Classification of Spinal Cord Injury: 2015.

Capítulo 78

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES GERIÁTRICOS

MARÍA BELÉN QUESADA NAVARRO

ANA ISABEL QUERENCIAS MORENO

LAURA PICAZO LÓPEZ

LETICIA MARTINEZ REY

IVÁN GÓMEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Las personas mayores necesitan de unos cuidados especiales cuando estén ingresados en un centro hospitalario o en una residencia.

Una residencia de ancianos es un centro donde las personas mayores están dependientes y necesitan ayuda de terceros, normalmente de forma temporal o permanente. Estos centros son una alternativa al hogar cuando confluyen una serie de circunstancias (familiares, económicas, sociales, sanitarias, etc.) que aconsejan no quedarse en casa. Las residencias ofrecen servicios completos de alojamiento y pensión, apoyo psicosocial y rehabilitación, salud y cuidado personal. En muchos casos, los servicios de gerontología cuentan con un equipo de profesionales responsables del cuidado de la salud de los adultos mayores dependientes. Además

de estos servicios, el centro dispone de una cocina, lavandería, servicio, mantenimiento y jardinería. A la hora de elegir un centro, es necesario asegurarse de que cuente con personal altamente cualificado y profesional, esta es una de las cualidades más importantes. Proporciona a las personas mayores el máximo cuidado y atención. Los criterios a la hora de hacer un ingreso para las personas en estas residencias son los siguientes: La edad mínima es de 65 años (si tiene algún tipo de adicción sin restricciones, moderada o grave, la edad mínima es de 60 años.

2 Objetivos

Describir algunas de las funciones que desempeñan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en estas áreas con los pacientes geriátricos.

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 personas mayores necesitan de unos cuidados especiales estén ingresados en un hospital o en una residencia.

Una residencia de ancianos es como un centro turístico que ofrece servicios completos similares a los de un hotel para aquellos que no pueden cuidar de sí mismos, especialmente los ancianos. Pueden ser temporalmente por salir de un hospital para una recuperación o de forma permanente según las dolencias del paciente.

1- Objetivos del tratamiento del técnico en cuidados auxiliares de enfermería:

- Mejorar y mantener al máximo la capacidad funcional mediante técnicas de rehabilitación.
- Eliminar el deterioro cognitivo a través de métodos terapéuticos.
- Prevención de la adicción mediante tratamientos y programas adecuados.
- Seguir el tratamiento prescrito por el médico para cada paciente para su alivio.
- También brinda apoyo psicológico.

2- Algunas de las funciones que desempeñan los auxiliares médicos en este campo son:

- Limpieza y cambios de pañales.
- Sirve desayuno, almuerzo y cena.
- Organización de seminarios con personas mayores.
- Hablar con las personas mayores, animándolas y apoyándolas.
- Participa en actividades divertidas para el entretenimiento.
- Cuida a los pacientes para que tengan todo lo que necesitan para vivir una vida digna: alimentación, compañía, atención y los cuidados que necesitan para vivir el resto de sus vidas.
- Fomenta la capacidad funcional para estar activo y estimulado el mayor tiempo posible.
- Asistencia médica para la población más dependiente y para quienes necesiten asistencia médica.
- Promover la integración social, la mayoría de los residentes no tienen recursos ni familias, por lo que cuando vienen al centro están mezclados y no solos.
- Terapia ocupacional, atención médica y educación para personas mayores.
- Lograr el más alto nivel de independencia con servicios médicos y de enfermería, manejo y prevención de patología.
- Apoyo psicosocial que siempre ayuda a los usuarios.
- Tomar medicación para mantener la salud y el bienestar.

5 Discusión-Conclusión

Una residencia de ancianos es como un centro turístico que ofrece unos servicios completos similares a los de un hotel para aquellos pacientes que no pueden cuidar de sí mismos, especialmente los ancianos. Pueden ser temporalmente por salir de un hospital para una recuperación o de forma permanente según las dolencias del paciente.

Dicho esto, en estos centros se ofrece comida y actividades durante un tiempo, pero podría ser permanente. Las residencias ofrecen servicios completos como un centro hospitalario de alojamiento y pensión, apoyo psicosocial y rehabilitación, salud y cuidado personal donde intervienen los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

6 Bibliografía

- La Habana, 1999-2001. ACIMED, Ciudad de La Habana, v. 13, n. 6, dic. 2005. Disponible en <<http://scielo.sld.cu/scielo>.

-La Habana, 1999-2001. ACIMED, 13(6). Recuperado en 24 de julio de 2021, de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip>

Capítulo 79

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

MARÍA BELÉN QUESADA NAVARRO

ANA ISABEL QUERENCIAS MORENO

LAURA PICAZO LÓPEZ

LETICIA MARTINEZ REY

IVÁN GÓMEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Las funciones de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería son amplias y dependen de los servicios prestados. Por lo tanto, tiene una función más importante en una situación de emergencia porque todas las funciones que realiza están integradas. Este es el campo en el que entra en contacto con la burguesía y todas las patologías de las distintas épocas, y en el que debe poner en práctica todos los conocimientos que ha adquirido. Los auxiliares de enfermería, junto con los médicos, enfermeras y celadores, son las personas que más contacto tienen con los pacientes desde que llegan hasta que son dados de alta o trasladados de planta.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son generalmente responsables de acomodar a los usuarios de los pacientes en los departamentos de emergencia.

Ayudar con la identificación, el posicionamiento, vestirse y desvestirse según sea necesario al llegar y ser dado de alta de la sala de emergencias después de la admisión y la prueba. Debe proporcionar todo lo que necesita y mantener siempre la confidencialidad explicando lo que sucederá.

Es importante evaluar la adicción de cada paciente. Esta información siempre necesita nuestra ayuda. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería serán los responsables de la higiene de cada paciente y la prevención de úlceras por presión durante la estancia prolongada en urgencias.

2 Objetivos

Exponer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con un paciente desde que llega al servicio de urgencias y es admitido.

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 como Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son generalmente responsables de acomodar a los usuarios de los pacientes en los departamentos de emergencia. Ayudar con la identificación, el posicionamiento, vestirse y desvestirse según sea necesario.

Después de la admisión y el triaje del paciente, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ayuda al paciente en la sala de emergencias y lo ayuda según sea necesario. Necesitamos saber si el paciente es autónomo y si no, cuánta ayuda necesita. Los auxiliares de enfermería juegan un papel muy importante en los pacientes total o parcialmente dependientes y es muy importante el control constante de la piel para prevenir las úlceras por presión. Estas son algunas de las funciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las salas de emergencia:

1-Transferir a los pacientes, retire los materiales usados y prepárese para el próximo paciente.

2. Asegúrelo si es necesario y prepárelo para la inspección.
- 3-Recoger todo y déjalo a un lado.
4. Tomar sus signos vitales. Verifique los signos vitales con la enfermera y registre todos los datos.
5. Limpiar el equipo hospitalario, enviar todo al servicio de esterilización, recibir y ordenar.
6. Cooperar con la administración oral o rectal de medicamentos.
7. Ayuda con la nutrición y la higiene.
8. Verificar que la caja esté debidamente mantenida y que contenga todos los materiales necesarios y registrar la incidencia.
9. Colaborar con las enfermeras tanto como sea posible (colocación de sondas, administración de medicamentos), participar en la atención del paciente con enfermeras y médicos y notificar los cambios.
10. Informar a los pacientes y sus familias de todos los asuntos relacionados con el funcionamiento del hospital y resolver cualquier duda.
11. Informar cuántos acompañantes puede tener por paciente y los horarios de visita.

5 Discusión-Conclusión

Todo el personal que trabaja en los servicios de urgencias de los hospitales es muy importante, debe estar muy organizado, respondiendo con mucha rapidez y eficacia ante cualquier situación de emergencia, utilizando la organización, los protocolos y los criterios más importantes.

Las técnicas en cuidados auxiliares de enfermería deben saber priorizar sus tareas y funciones según las necesidades de cada paciente. Los pacientes siempre deben estar informados en todo momento de lo que sucede para que puedan cooperar lo mejor posible. Es importante tener en cuenta las necesidades de cada paciente, sobre todo darles tranquilidad y traerles tranquilidad en todo momento.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.scielo.org

Capítulo 80

CONCEPTO BÁSICO DEL ALMACÉN SANITARIO PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ENCARNACION FERNANDEZ VALLINA

EVA GARCÍA PÓO

MARCOS MENENDEZ FERNANDEZ

MARÍA GONZÁLEZ VELASCO

MARIA BEGOÑA PÉREZ PÉREZ

1 Introducción

En un hospital, centro de salud o cualquier otro recinto del ámbito de sanidad, el almacén sanitario es el lugar donde se almacenan las mercancías necesarias para el funcionamiento del centro, consumo o transformación de material. Para poder satisfacer las necesidades se necesitan una gran variedad de productos de diferentes tipos. El conjunto de todos estos materiales y mercancías junto con el espacio físico dónde se custodian se denomina almacén. Los almacenes deben de estar bien estructurados, poseer las condiciones adecuadas para el almacenamiento de los diferentes productos según sus características y sobre todo seguir un orden coherente en su organización, solo así se garantizará una correcta asistencia sanitaria al centro que suministren. El control de las mercancías que se distribuyen

y que se reciben junto con la gestión correcta de los pedidos nos proporcionará un almacén efectivo, con un stock acorde a las necesidades del centro al que pertenece, sin pasarse por exceso ni por defecto.

Esto nos hace reflexionar sobre el coste que supone el almacén sanitario, es importante tener todo tipo de productos, pero también es importante no almacenar productos que no se vayan a utilizar, ni pedir en cantidades muy por encima de lo que se vaya a necesitar, ya que esto originará un coste y generará deshechos innecesarios. También se tendrá en cuenta las fechas de caducidad y los números de lote de la mercancía, colocando los productos en el almacén con un orden lógico en función de la fecha de fabricación y vencimiento.

2 Objetivos

Definir las funciones básicas que debe conocer un TCAE sobre el almacén sanitario.

3 Metodología

La realización de este trabajo se ha hecho a través de búsqueda sistemática en páginas especializadas como Dialnet, Pubmed o Scielo y en material didáctico del curso de grado medio de Auxiliar de enfermería. Se han utilizado como palabras clave “almacén sanitario TCAE” y “almacén hospitalario”, se excluyen textos en otros idioma que no sea el castellano.

4 Resultados

Una de las funciones del almacén sanitario es la recepción de la mercancía y el adecuado almacenamiento de los materiales sanitarios recibidos.

- Se realizará el pedido según las necesidades habituales del centro al que suministra.
- Se comprobará y controlará que todo el material recibido coincide con el albarán de entrega de mercancía al recibir el pedido. La mercancía debe llegar en perfectas condiciones y se devolverá toda aquello que esté deteriorado.
- Reclamar en caso necesario o devolver pedidos incorrectos.
- Se almacenará el material de acuerdo a las condiciones físicas y químicas indicadas para cada artículo.

- Se garantizará la autenticidad de los materiales y la rotación adecuada. Se debe indicar el número de lote y fecha de caducidad con el fin de hacer un seguimiento, para poder retirar todo aquello que suponga un riesgo para la salud pública.
- Se controlará de forma exhaustiva todas las sustancias que estén sometidas a vigilancia especial.
- No hacer los pedidos en exceso para no generar gastos innecesarios o para no generar deshechos.
- Control de la entrega y distribución de productos al centro que se suministra con la confección del correspondiente albarán para cualquier entrega.
- Realizar inventarios para el control de stock.
- Verificar en los casos que sea posible el estado de las mercancías antes de entregarlas.
- No permitir la entrada al almacén de personas no autorizadas.
- Determinar un stock de seguridad, el mínimo de cantidad que debe existir de algunos productos.
- Almacenar los materiales de forma eficiente para aprovechar al máximo la capacidad física del almacén.
- Mantener libres las zonas de paso sin almacenar cajas en ellas, tanto por la seguridad del personal del almacén como de la mercancía. No apilar muchas cajas por la seguridad ante el riesgo de derrumbe.
- Colocar las mercancías más utilizadas en las zonas más accesibles.
- Seguir un criterio a la hora de colocar el material.
- Mantener las medidas de higiene correspondientes.
- Comprobar periódicamente las condiciones de temperatura, humedad etc. para aquellos productos especiales.
- Los almacenes en cada Comunidad Autónoma deberán tener la autorización sanitaria de esa comunidad y cumplir unas características propias.

5 Discusión-Conclusión

El almacén sanitario bien organizado debe poseer en todo momento el stock necesario para garantizar el suministro de materiales al centro al que pertenece. Esto supone que la cantidad de mercancías no debe ser ni superior ni inferior a la necesaria.

Los materiales deben estar disponibles y localizados para atender cualquier emergencia. La recepción y almacenamiento debe ser el correcto para que el inventario sea fiable y los productos se mantengan en sus condiciones óptimas.

Un almacén sanitario bien gestionado proporcionará un funcionamiento correcto al centro al que suministre, tanto en tiempo como en condiciones óptimas del producto. También supondrá un coste acorde a lo que se necesita sin gastos innecesarios ni deshechos de material por fechas de caducidad o almacenamiento en condiciones incorrectas.

La buena gestión del almacén contribuye a cumplir los estándares de calidad fijados para el centro al que pertenece.

6 Bibliografía

<https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-gestion-y-liderazgo-en-cuidados-de-enfermeria/tema-3-gestion-de-los-productos-sanitarios-de-uso-hospitalario-en-las-unidades>.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=5092>

<https://revistamedica.com/tcae-organizacion-hospital/>

Capítulo 81

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROTOCOLO DE HISTEROSCOPIA QX

SARA ROMERO DÍAZ-MAROTO

LAURA REDONDO SANCHEZ

BERNARDA JIMÉNEZ MAESO

1 Introducción

Histeroscopia nace del enlace de palabras del origen Griego Hister («útero») y Skopein (Que se puede entender como «observar») Este nombre es muy concluyente, ya que la primordial función de este procedimiento es observar el útero. La Histeroscopia se fundamenta en investigar la cavidad del útero y el canal endocervical usando una cámara muy delgada y de limitada magnitud. Este aparato se llama histeroscópio, siempre está conectado a un monitor para reproducir todo lo que está a su alrededor cuando se introduce en la vagina.

Es así como se observa de manera mas detallada el interior del útero.

Esta técnica permite el diagnóstico y el tratamiento de las causas de sangrado anormal, anomalías del útero y otras enfermedades.

Debemos saber que es un procedimiento básico a día de hoy en cualquier servicio de ginecología.

La histeroscopia diagnóstica puede ser igual al término de histeroscopia ambulatoria, ya que este método se lleva a cabo sin necesidad de anestesia ni ingreso hospitalario.

Abarca dos aspectos, la parte diagnóstica y la terapéutica. Ambos de carácter menor, que los pacientes aceptan a la perfección siendo una técnica segura y con mayor índice de eficacia para reconocer, advertir y tratar las anomalías intrauterinas.

Este sistema se debe conocer de manera óptima tanto la técnica como el material que se va a necesitar. y las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este procedimiento.

2 Objetivos

Dar a conocer un caso clínico de histeroscopia.

3 Caso clínico

Mujer de 42 años de edad (IMC 22.7 KG/m²) con antecedente de cáncer de seno izquierdo operación y tratamiento de detección del mismo 1 pastilla al día de Tamoxifeno, inyección cada 31 días de Zoladex y vitaminas Vlidesil.

Operación anterior hace cinco años, con amenorrea que supera los veinticuatro meses, acude a consulta por revisión motivo principal efecto de crecimiento del endometrio tras tomar Tamoxifeno.

Refiere dolor en zona ovárica. Se determina realizar en la misma consulta una histeroscopia.

En el ámbito de la función del técnico auxiliar de enfermería procedemos principalmente a presentarnos a la paciente, siempre diciendo nuestro nombre y la función que vamos a tener en esta prueba.

No debemos olvidar que unas de las cosas mas importantes que debemos transmitir al paciente es seguridad, apoyo y calma. Que nuestra comunicación verbal se compagine de la misma manera con la no verbal y usar siempre la empatía.

Después de presentarnos de manera adecuada pediremos a la paciente que se vaya quitando la ropa que sea necesaria para la intervención y le entregaremos una bata.

Mientras la mujer se va preparando nosotros los técnicos auxiliares de enfermería prepararemos las autorizaciones pertinentes en este caso, la autorización de la biopsia por si el ginecólogo necesita extraer tejido. Debemos cerciorarnos de que la consulta esté de manera óptima para el procedimiento.

Nos encargaremos de que el material fungible que vaya a ser utilizado este en perfectas condiciones, tanto higiénicas como físicas (Que el material no esté roto), colocaremos la camilla a la altura adecuada y la cubriremos. Repondremos material tipo guantes desechables, portaobjetos, lubricantes, recipientes y etiquetas para muestras, hoja de pruebas complementarias, etc.

Algunas mujeres son sedadas para esta técnica por lo tanto necesitarán tener una vía intravenosa.

Cuando la mujer está preparada y tumbada en la camilla el/la técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) actúa poniendo encima de la paciente una sábana para mantener lo máximo posible su intimidad y de la misma manera evitar que se sienta incómoda.

Procedemos a limpiar bien la zona vaginal y anal, de arriba a abajo y si es necesario rasurar para evitar complicaciones durante la intervención.

El profesional de la salud insertará un instrumento llamado espéculo en la vagina para así separar las paredes vaginales y poder realizar la inserción de la cámara para visualizar que anomalías existen.

A través del histeroscopio el profesional inyectará un líquido o gas en el útero para expandirlo con el fin de verlo mejor.

Mientras se va realizando la histeroscopia el TCAE estará atento de cualquier cosa que pueda solicitar tanto el profesional como la paciente e inclusive poder ofrecer su mano si la mujer necesita tranquilidad.

Las imágenes del útero serán reflejadas en el monitor. Normalmente se cogerá una muestra del tejido para poder analizarlo de manera adecuada (Biopsia) En esta parte el TCAE se encargará de preparar volante para anatomía patológica.

En este caso el ginecólogo observa crecimiento anormal del endometrio en comparación con la anterior consulta antes del tratamiento y un pólipo de 3 cm de diámetro. Por lo tanto se procede a la extirpación del mismo para poder evitar complicaciones en el presente y futuras.

El/la TCAE recoge las muestras y las clasifica de manera adecuada con su etiqueta pertinente para mandar a analizar.

Tras haber acabado con la operación nos encargamos de nuevo de reponer el material gastado o sucio.

Limpiamos instrumental que ha sido empleado y desechamos el de un solo uso, empaquetamos y mandamos a esterilizar los elementos que se requieran.

Ayudamos a la paciente a vestirse si lo necesita. En este caso la paciente refiere mal estar general y sensación de mareo, por lo tanto la acompañamos a una sala y le proporcionamos una camilla. La acompañamos el tiempo necesario hasta que

recupera su estado normal.

Antes de abandonar el Servicio de ginecología se le informa que los resultados se le comunicaran cuando el facultativo obtenga los resultados y le proporcionen una nueva cita. Recordarle a la paciente que si surge cualquier complicación tipo sangrado o dolor fuerte acuda al Servicio de urgencias hospitalarias explicando la intervención que se le ha practicado.

4 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel fundamental en procedimientos como este y otros, ya que ayuda a la prevención de enfermedades tales como cáncer u otros afecciones derivadas de las anomalías del útero en este caso.

Ayudamos a la comodidad del paciente y ofrecemos nuestro apoyo en todo momento ya que las enfermedades del útero son muy frecuentes y son unas de las principales causas de patologías graves en el sexo femenino.

Por lo tanto existiendo procedimientos ambulatorios la extirpación de quistes o pólipos son más rápidas y de esta manera se puede evitar o prevenir dificultades en el futuro.

5 Bibliografía

<https://www.integraoposiciones.com/wp-content/uploads/2020/02/TCAE-Tema-12-Muestra.pdf>

<https://www.integraoposiciones.com/wp-content/uploads/2020/02/TCAE-Tema-12-Muestra.pdf>

<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/histeroscopia/#::text=Si%20le%20aplican%20anestesia%20general,est%C3%A9%20teniendo%20un%20per%C3%ADodo%20menstrual.>

[https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/histeroscopia/#::text=La%20histeroscopia%20se%20suele%20usar,repeticiones%20\(m%C3%A1s%20de%20dos%20seguidos\)](https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/histeroscopia/#::text=La%20histeroscopia%20se%20suele%20usar,repeticiones%20(m%C3%A1s%20de%20dos%20seguidos))

Capítulo 82

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIALES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS

BERNARDA JIMÉNEZ MAESO

SARA ROMERO DÍAZ-MAROTO

LAURA REDONDO SANCHEZ

1 Introducción

El diagnóstico clínico de muchas enfermedades, se hace a través de pruebas de laboratorio para conocer las causas de la enfermedad.

Esa información diagnóstica que proporciona el laboratorio de microbiología, depende de la calidad y cantidad de la muestra que mandamos. Una muestra no representativa o mal conservada, puede llevar a errores diagnósticos o a tratamientos inadecuados.

El saber cómo recoger, transportar y conservar las muestras es primordial para conseguir una mejor atención al paciente.

Recoger muestras es el proceso de obtener tejidos o fluidos para su análisis en el laboratorio. Algunas de estas muestras pueden ser: de suero, de hisopos virológicos, tejido de biopsias, líquido cefalorraquídeo, sangre completa y muestras de orina.

En la recogida de algunas muestras, se debe instruir al paciente sobre el método adecuado para su obtención.

En Castilla la Mancha, las peticiones solicitadas desde Atención Primaria, se realizan a través del programa TURRIANO (los datos se rellenan automáticamente, incluido el CIP).

Las muestras se deben recoger en condiciones de máxima asepsia, y antes de empezar a tomar la medicación por parte del paciente.

Las muestras se deben mandar al laboratorio lo antes posible, si no es así el Técnico en Cuidados de Enfermería debe saber como conservarlas óptimamente.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE a través de un caso clínico de hernia inguinal.

3 Caso clínico

Varón de 50 años, tras ser operado de una hernia inguinal, contrae una bacteria en quirófano. El cirujano que lleva su caso pide las siguientes pruebas:

- Muestra de orina.
- Punción lumbar.

Para un estudio bacteriológico de orina se pide un urocultivo (cultivo de orina). El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe preparar material para el aseo genital del paciente como cuña, gasas estériles, agua, jabón o suero fisiológico. También guantes desechables, frascos estériles y etiquetas para su identificación. Si el paciente estuviera sondado necesitaría antiséptico, gasas, jeringa, aguja y pinzas de hemostasia.

Si el paciente es independiente se le instruirá en como hacerlo el mismo.

Si fuera dependiente se lo haría el Técnico en Cuidados de Enfermería. Se empezará por el lavado genital, se le pedirá que miccione en la cuña y recogeremos en frasco estéril la parte media de la micción. Se cerrará el frasco y se identificará con las etiquetas preparadas previamente.

Se recogerá todo el material y se enviará la orina lo más rápido posible al laboratorio, si no es posible lo guardaremos en frigorífico a una temperatura de 2-8 grados centígrados durante un máximo de 24 horas.

Si el paciente estuviera sondado se realizaría de la siguiente manera: pinzar la sonda con una pinza de hemostasia. Desinfectar la zona de la sonda y pinchar en la misma aspirando unos 5 mililitros de orina. Recoger la orina en frasco estéril y etiquetarlo correctamente.

También se puede hacer con sistema de extracción al vacío, la técnica es similar a la anterior. Hay que meter el tubo de vacío con su soporte en el frasco y perforarlo. La orina pasa al tubo debido al vacío que se produce.

La punción lumbar para la obtención del líquido cefalorraquídeo la realiza el médico, el TCAE colaborará preparando el material necesario que será: antiséptico, gasas estériles, agujas y jeringuillas, anestesia local, trocar, recipiente estéril, paños quirúrgicos, guantes y etiquetas de identificación.

Las muestras se recogen en tubos estériles con rosca: el 1º para estudio bioquímico, el 2º para estudio microbiológico y el tercero para estudiar células.

Se actuará explicando al paciente lo que se le va a hacer. Se le colocará en posición fetal, se desinfectará la zona y se aplicará la anestesia. Realizará la punción el médico en las vértebras lumbares (L3, L4 o L5) con el trocar. Se recogerá la muestra en frasco estéril y se etiquetará correctamente.

El paciente debe estar en reposo como mínimo 2 horas y en decúbito supino.

Recogeremos y repondremos todo el material que se ha usado.

Anotaremos cualquier incidencia en la hoja de enfermería.

4 Discusión-Conclusión

Aunque por regla general es enfermería quien recoge las muestras, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe saber en qué consisten las distintas técnicas para poder ayudarlos. Debe actuar con la máxima eficacia y demostrar empatía al paciente que casi siempre está asustado y/o enfadado ante la enfermedad que sufre. Debe saber las normas de conservación y transporte de las muestras, porque si hay atraso en el laboratorio microbiológico. Ya que una mala conservación de las mismas nos dará un mal diagnóstico.

Al laboratorio debemos hacer llegar las incidencias que hayamos podido notar en la muestra o en el paciente, para que hagan una mejor interpretación de las mismas porque son muchas las variables que inciden en ellas.

Por lo tanto, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental en todo el proceso.

5 Bibliografía

<https://www.hospitalcentral.mil.do/>

<https://sitios.unisanitas.edu.co/info-cursos/toma-muestras/index.html#:text=La%20toma%20de%20muestras%20de,en%20un%20servicio%20o%20instituci%C3%B3n.>

<https://somiccam.com/index.php/documentos/52-manual-de-recogida-de-muestras>

Libro McGraw-Hill/Interamericana de España S.L. (ISBN 978-84-481-8571-8)

Capítulo 83

SÍNDROME DEL CORAZÓN IZQUIERDO HIPOPLÁSICO EN PACIENTES INFANTILES Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LAURA REDONDO SANCHEZ

BERNARDA JIMÉNEZ MAESO

SARA ROMERO DÍAZ-MAROTO

1 Introducción

El HLHS (síndrome de corazón izquierdo hipoplásico) es uno de los problemas cardíacos más complicados que surgen en los recién nacidos.

Consiste en que los niños que son diagnosticados con este síndrome tienen subdesarrollada toda la estructura izquierda del corazón, que es la que recibe la sangre oxigenada de los pulmones.

No existen razones evidentes por las que ocurre este síndrome. Se debe a un tipo raro de enfermedad congénita y es más común en hombres que en mujeres. Si bien es cierto, es uno de los más fáciles de diagnosticar en ecocardiogramas fetales y uno de los más comunes detectados en los ultrasonidos obstétricos.

Los síntomas que generalmente suelen mostrar son: saturación de oxígeno inferior a lo normal; cianosis, que indica una disminución del oxígeno en el torrente

sanguíneo; dificultad para respirar; pulso bajo; extremidades frías; mala lactancia y alimentación; letargo.

Los procedimientos exactos que se llevan a cabo y el tratamiento que se realiza dependen siempre de la afección del bebé. Tras el diagnóstico, el bebé es llevado a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Es posible que necesite un respirador para ayudarlo a respirar además de medicación. No obstante, el tratamiento general para este síndrome consiste en una cirugía que se lleva a cabo en tres fases durante los primeros años de vida del bebé.

La primera fase, también llamada procedimiento de Norwood, se realiza en las primeras semanas de vida e incluye la construcción de una nueva aorta.

La segunda fase, también llamada cirugía de Glenn, se realiza aproximadamente entre los cuatro y seis meses de edad. Este procedimiento consiste en conectar la vena principal que transporta sangre de la mitad superior del cuerpo a los vasos sanguíneos que van a los pulmones para obtener el oxígeno.

Por último, la tercera fase, también llamada procedimiento de Fontan, se suele realizar entre los tres y cuatro años de edad. En ocasiones, algunas personas pueden llegar a necesitar más cirugías con el paso de los años en caso de presentar arritmias difíciles u otras complicaciones.

2 Objetivos

Dar a conocer este síndrome para así poder afrontar con profesionalidad las complicaciones y cubrir las necesidades del paciente hospitalizado, así como poder proporcionar apoyo a los familiares.

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 síndrome del corazón izquierdo hipoplásico es un síndrome complejo, por ello debemos estar preparados para todos los riesgos que sufre el paciente, así como sus familiares.

El principal riesgo que podemos encontrar y que además es ajeno a nuestro paciente son los familiares, en este caso, los padres del bebé. Los encontraremos en un estado posiblemente de ansiedad, por la separación con su bebé, por los riesgos que siempre entraña una cirugía, la preocupación y el nerviosismo. Por ello es que debemos mantener una postura en la que le proporcionemos confianza, apoyo y seguridad.

Haciendo referencia a nuestro paciente es importante tener en cuenta los siguientes posibles riesgos:

- Riesgo de caídas. Como técnico en cuidados auxiliares de enfermería es importante conocer la estructura de la cama para poder utilizar las técnicas adecuadas para trasladar, movilizar o incorporar al paciente. Es muy importante no olvidar bloquear las ruedas de la cama para realizar cualquier técnica. Además, debemos conocer los materiales que están a nuestro alcance para limitar movimientos inseguros o incluso inmovilizar en caso de estar indicado. Y por último, es importante hacer uso de las barandillas laterales para evitar las caídas de la cama.

- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal. Otro de nuestros cometidos es comprobar la temperatura corporal de nuestro paciente. Es importante en este caso realizar la comprobación cada dos horas para que no haya ni hipotermia ni hipertermia. También es necesario comprobar regularmente el color de la piel, es un indicativo importante del estado del paciente. Así como comprobar la humedad de la piel y ajustar la temperatura ambiental a las necesidades de nuestro paciente.

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Al realizar procedimientos invasivos en pacientes tan pequeños es complicado controlar sus movimientos. En ocasiones se produce una inmovilidad inducida por fármacos o incluso la colocación de vías y catéteres provocan la inmovilidad parcial o total del paciente. Esto provoca un aumento de la presión sobre la piel, así que es de vital importancia vigilar diariamente el estado de la piel.

Como técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es nuestro cometido realizar la higiene y la hidratación adecuada de la piel y mucosas, además de mantener

la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.

No debemos olvidar que para realizar los cambios posturales podemos ayudarnos de almohadas y otros dispositivos para evitar lesiones en los puntos de presión. También somos encargadas de cambiar el pañal por orina y heces y de eliminar en general la humedad de la piel causada por el sudor o por el drenaje de heridas.

-Por último, la alimentación del paciente juega un papel importante. Nosotras seremos las encargadas de proporcionar los alimentos y la ayuda para la correcta alimentación.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería son importantes para conseguir la mayor seguridad y eficacia en los procedimientos. Tener unos conocimientos adecuados de los procedimientos es importante para el funcionamiento adecuado de todo el equipo asistencial. Además, nos permite anticiparnos a cualquier situación y tener preparados todos los materiales necesarios, así como conocer los cuidados y las técnicas para desarrollar nuestro cometido.

Es importante recordar que estamos en constante comunicación con el paciente y eso nos convierte en el primer enlace para detectar cualquier cosa que les ocurra.

Tampoco podemos olvidar la importancia de la atención psicológica y apoyo emocional, que debemos proporcionar al paciente y sus familiares para superar estas situaciones con la mayor seguridad y confianza.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001106.htm>

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402007000400013

<https://www.nicklauschildrens.org/condiciones/sindrome-del-corazon-izquierdo-hipoplasico>

<https://enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/4405.pdf>

<https://fundacionsaludinfantil.org/cardiopatias-congenitas-en-el-recien-nacido/>

<https://revistamedica.com/tcae-cardiologia/>

Capítulo 84

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

BERNARDINA ROMERO RÍOS

LORENA ALCARAZ RODENAS

MARÍA LUISA GÓMEZ MARTÍNEZ

INES CRESPO GARCÍA

ESTEFANIA BALLESTEROS CUERDA

1 Introducción

La comunicación es un proceso en el cual un individuo transmite un mensaje a otro. Las formas de comunicación humana pueden agruparse en dos categorías: la verbal y la no verbal.

- La comunicación verbal utiliza el canal auditivo y se refiere a las palabras que componen el mensaje.
- La comunicación no verbal utiliza distintos canales y hace referencia a numerosos elementos tales como la mirada, la expresión facial, el tono de voz, los gestos y movimientos del cuerpo o la distancia corporal que mantenemos con respecto a la otra persona.

A pesar de la importancia que le solemos atribuir a la comunicación verbal, una gran parte de nuestra comunicación la realizamos a través de canales no verbales. Para que una comunicación sea eficaz, los mensajes verbales y no verbales deben coincidir siempre entre sí (debe existir congruencia entre ellos).

Las habilidades de comunicación en la recogida de información sobre el problema de salud del paciente es otro aspecto para tener en cuenta.

Independientemente del tipo de relación que el profesional establezca con el paciente o del ámbito en el que se desarrolle la misma (atención primaria, servicio hospitalario, urgencias, educación sanitaria, etc.), algunas habilidades importantes que los profesionales deben adquirir y desarrollar en la entrevista con sus pacientes se refieren a la forma de preguntar y al contenido de las preguntas.

2 Objetivos

Conocer la importancia de comunicarse correctamente con el paciente, a través de la escucha activa y de la empatía.

Saber identificar sus miedos y preocupaciones, a través de distintas habilidades y técnicas, para así poder prestarle ayuda.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda de información y se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Con ello, se va a proporcionar información con aspectos relevantes sobre la comunicación del TCAE con el paciente.

4 Resultados

HABILIDADES QUE FACILITAN EL ENCUENTRO CON EL PACIENTE

-Presentación. En primer lugar, nos presentamos, indicando quien somos cuando sea la primera vez que establecemos relación con el paciente. Llamando al paciente por su nombre, debemos mostrarnos cordiales y sonrientes, estableciendo contacto ocular con él mientras hablamos.

-Preguntas. En cuanto a la forma de preguntar, debemos utilizar preguntas abiertas (“¿Cómo se encuentra esta mañana?”, ¿Puedo ayudarle en algo?), evitando

las preguntas cerradas y que contengan la palabra “no” (¿No se encuentra usted muy bien, verdad?).

-Escucha atenta. Nuestra escucha debe ser atenta, facilitando las respuestas del paciente mediante la comunicación no verbal (gestos de asentimiento) o paralingüística.

-Observación. Debemos observar la comunicación no verbal del paciente, ya que puede darnos información sobre su estado de ánimo y emocional. Por ejemplo, si expresa gestos nerviosos o balbucea al hablar.

HABILIDADES PARA IDENTIFICAR LAS PREOCUPACIONES DEL PACIENTE PRESTAR ATENCIÓN A LA COMUNICACIÓN NO VERBAL DEL PACIENTE

Verificar si existe congruencia entre la comunicación verbal y no verbal del paciente.

FACILITAR LA EXPRESIÓN EMOCIONAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE:

-Facilitadores: Utilizar gestos no verbales de asentimiento con la cabeza, comunicación paralingüística (“sí”, “ya”, “hmm”) o confirmar que le estás escuchando.

-Señalamientos: Indicar al paciente los estados de ánimo que vayamos percibiendo, dejándole tiempo para que pueda expresar lo que siente (por ejemplo: “le veo preocupado”).

-Silencio funcional: Especialmente en situaciones de gran emotividad, mediante una actitud de interés y escucha activa, debemos mantener el silencio necesario para permitir la expresión de las emociones del paciente.

-Repetición: Se trata de repetir las palabras del paciente sobre cómo se siente para profundizar en sus emociones y sentimientos.

-Clarificación: Debemos clarificar y verificar los sentimientos que el paciente haya expresado.

ACTITUDES PARA PRACTICAR UNA EMPATÍA AFECTIVA

-Reconocer la presencia de emociones intensas en los pacientes en el ámbito asistencial (miedo, ansiedad, preocupación, tristeza, etc.).

-Imaginar cómo se puede sentir el paciente.

-Transmitir nuestra percepción respecto a los sentimientos del paciente (“debe estar muy preocupada por la pérdida vaginal que ha tenido”).

-Aceptar y legitimar lo que dice el paciente (“comprendo perfectamente que tenga miedo a tener un aborto”).

-Ofrecer apoyo (“estoy a su disposición para todo lo que necesite”, “avísame si tiene alguna preocupación o problema”).

HABILIDADES PARA PRACTICAR LA ESCUCHA ACTIVA

- Prestar atención a los aspectos físicos de la relación, tales como la distancia, la postura, la orientación y la inclinación que mantenemos con respecto al paciente.
- Mantener una disposición psicológica para mostrar al paciente que aceptamos, respetamos y nos interesa lo que está diciendo.
- Utilizar con frecuencia feedback con el fin de devolver al paciente lo que acaba de decir, para que sepa que ha sido escuchado.

5 Discusión-Conclusión

Para establecer una adecuada comunicación, debemos guiarnos utilizando las técnicas que facilitan el encuentro con el paciente y que identifican sus preocupaciones. Además de utilizar las habilidades recomendadas para practicar una empatía afectiva y la escucha activa.

Los profesionales sanitarios pueden constatar cada día en su quehacer profesional que sus pacientes necesitan, además de cuidados, ser escuchados y comprendidos.

En la relación establecida entre el TCAE y el paciente, la comunicación constituye la principal de las tareas a realizar para alcanzar los objetivos planteados.

Para ejercer como TCAE, resulta necesario poseer de una adecuada competencia comunicacional para prestar cuidados de calidad.

6 Bibliografía

CIBANAL, L.: Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Elsevier. Madrid, 2004.

CLÈRIES, X.: La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Elsevier. Madrid, 2006.

Capítulo 85

UNIDAD DE REHABILITACIÓN EN HOSPITAL: LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARCOS MENENDEZ FERNANDEZ

ENCARNACION FERNANDEZ VALLINA

MARIA BEGOÑA PÉREZ PÉREZ

MARÍA GONZÁLEZ VELASCO

EVA GARCÍA PÓO

1 Introducción

En la unidad de Rehabilitación de un hospital trabajan un grupo de profesionales sanitarios entre los que colaboran de forma muy eficiente los Auxiliares de enfermería. El TCAE realiza unas funciones específicas en el área de rehabilitación bajo la supervisión de la enfermera. La Rehabilitación la define la OMS como “el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al sujeto en situación de discapacidad la mayor capacidad e independencia posibles”. La Rehabilitación previene y da una respuesta y diagnóstico a la incapacidad del paciente con el fin de devolver al paciente el mayor grado de independencia. La

rehabilitación de los pacientes convalecientes, o que han pasado por procedimientos quirúrgicos intensivos, junto con las sesiones de fisioterapia son tareas en las que colabora el auxiliar de enfermería.

Tenemos diferentes tipos de rehabilitación según la enfermedad:

- Rehabilitación traumatológica y ortopédica: esguinces, fracturas, luxaciones...
- Rehabilitación deportiva: rotura de fibras, esguinces...
- Rehabilitación neurológica: accidentes cardiológicos, ictus, insuficiencia respiratoria, bronquiolitis...
- Rehabilitación pediátrica.
- Rehabilitación reumatológica: reuma, osteoporosis, artritis...

Dependiendo de lo que necesite cada paciente, la rehabilitación tendrá lugar en un hospital o residencia, en un centro privado o en el mismo hogar del sujeto. En algunos casos la rehabilitación también puede realizarse de forma particular o ayudado por un familiar, amigo o cuidados sin falta de ser un profesional sanitario, siempre y cuando se hayan asesorado previamente por un especialista en esta cuestión.

2 Objetivos

Determinar las funciones del TCAE en el área de rehabilitación para que el paciente pueda recuperar el mayor grado posible de independencia.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura existente en páginas especializadas en la materia, como pueden ser Dialnet, Pubmed o Scielo y en libros de texto pertenecientes al grado medio de Técnico auxiliar de enfermería.

4 Resultados

Las funciones del TCAE dentro de un hospital abarcan muchos ámbitos y áreas dentro de la sanidad, entre todos estos se encuentra la rehabilitación. El Auxiliar de enfermería puede realizar cursos especializados sobre esta materia.

Las tareas que realizará el TCAE estarán siempre bajo la supervisión de un médico o enfermera, entre ellas podemos enumerar las siguientes:

- Ayudar al paciente a vestirse y desvestirse para realizar las actividades.

- Vigilar las posturas del paciente.
- Acomodar al paciente en los lugares de la sala de rehabilitación que necesite utilizar.
- Realizará o ayudará en el aseo e higiene al paciente que no pueda realizarlo por sí solo
- Se encargará de suministrar y organizar el material, y de la limpieza y esterilización de los instrumentos
- Realizará labores de apoyo a médicos y enfermeros.
- El TCAE deberá escuchar a sus pacientes escuchando sus preocupaciones y anotarlas para después redactar un informe que trasladará a sus superiores, es decir el médico o enfermero.

La función del TCAE puede consistir también en:

- Apoyo psicológico a personas con depresión.
- Enseñar a personas con pérdida de visión a usar el bastón.
- Hacer con el paciente ejercicios para el habla.
- Informar y reeducar a personas que han sufrido una cardiopatía.
- Ajustar prótesis tras la amputación.

En líneas generales podríamos distinguir 3 tipos de rehabilitación

- Terapia ocupacional (sobre todo realizado en la tercera edad)
- Tratamiento del dolor
- Fisioterapia

Los tratamientos de rehabilitación pueden ser realizados de forma individual o a un grupo de personas, además de los que se pueden realizar en el domicilio del paciente.

El tratamiento de rehabilitación no se aplica solamente en dolencias o trastornos de larga duración. Tenemos que considerar que la rehabilitación es una medida muy importante del centro de salud que ha de recibir cualquier paciente con problemas de salud.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones más importantes que se derivan de un tratamiento de rehabilitación podrían ser la ayuda a los pacientes a diferentes cosas como, por ejemplo, ayuda para no perder la movilidad, mejora de la calidad de vida del sujeto, Una buena cicatrización, la mejora de huesos y articulaciones, la disminución de la inflamación de un tejido. Además de todos estos beneficios debemos tener en cuenta que conseguir la mayor movilidad de un paciente evitará hospitalizaciones innecesarias en residencias o centros hospitalarios tanto públicos como

privados, por lo que es imprescindible realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado añadiendo el tiempo que se va a realizar la rehabilitación con la mayor rapidez posible desde el accidente, lesión o enfermedad que haya sufrido el paciente.

6 Bibliografía

<https://www.fp-santagema.es/funciones-del-auxiliar-de-enfermeria-en-rehabilitacion/>

<https://www.campustraining.es/noticias/funciones-tcae-rehabilitacion/>

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2955862>

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/competencias-enfermeras-en-rehabilitacion/>

Capítulo 86

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ÁREA QUIRÚRGICA

MARIA ANTONIA PEREZ NUÑO

1 Introducción

El TCAE trabaja en coordinación con todo el equipo multidisciplinar del área quirúrgica, realiza actividades de limpieza, colocación, reposición de material en el quirófano y apoyo en lo necesario durante la actividad quirúrgica.

Deberá de estar dotado de todos conocimientos específicos y preparado para el buen funcionamiento de la actividad quirúrgica, debido a que en el quirófano se establecen protocolos rigurosos y una planificación minuciosas de las actividades, también debe existir un cierto grado de intuición y disposición para poder afrontar situaciones imprevistas, actuando con eficacia para superar cualquier tipo de incidencias, urgencias y complicaciones.

La importancia por la cual el TCAE debe estar altamente cualificado en un quirófano es debido a que en él es donde se realizan la mayor parte de las intervenciones quirúrgicas, especialmente las clasificadas como cirugía mayor, donde estas están clasificadas como las más importantes, difíciles y complejas.

Una de las principales funciones del TCAE en el quirófano, es la recepción del paciente, que tiene como objetivo fundamental, la realización de una correcta acogida y la de proporcionar cuidados de calidad en el transcurso del proceso quirúrgico.

Así como colaborar con el resto del equipo de Enfermería, subsanando las necesidades básicas del paciente antes de la entrada a quirófano

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE en el área quirúrgica.

3 Metodología

Se ha realizado búsqueda de temas relacionados con el área quirúrgica en diferentes comunidades autónomas y diferentes protocolos de actuación, utilizando diferentes fuentes de datos . Se han empleado numerosas palabras clave como TCAE, funciones, quirófano, protocolos, actuación, importancia, equipo multidisciplinar.

4 Resultados

El área quirúrgica consta de unas características especiales y muy concretas, ya que el trabajo que se desarrolla en este ámbito necesita unas condiciones sanitarias muy estrictas.

Está compuesto por salas de preoperatorios donde se prepara a los pacientes para llevar a cabo la intervención, así como los propios quirófanos donde se lleva a cabo las intervenciones, y las salas post quirúrgicas, por ejemplo: unidades de recuperación post-anestésica (URPA), unidades de reanimación (REA) o unidades de cuidados intensivos (UCI) , todo ello depende de la complejidad de la intervención y del tiempo de recuperación post-quirúrgica de cada paciente. En todos ellos se deja al paciente tras la cirugía, para su recuperación y a la espera de la progresión en la recuperación de la salud, siendo posible su regreso a la planta de hospitalización, alta hospitalaria o continuidad en las áreas de recuperación.

De vital importancia y extremadamente minuciosa debe ser la limpieza del quirófano, se debe realizar las veces que sea necesario según los protocolos establecidos tras cada operación, al igual que el instrumental utilizado, que deberá someterse a lavados especiales o ser desechados los de un solo uso. De la limpieza del instrumental quirúrgico utilizado se encarga el servicio de esterilización, utilizando los protocolos para cada tipo de instrumental y mediante los canales establecidos en cada hospital.

Gran parte de estas labores, realizadas por el TCAE, requieren una importancia vital para el correcto funcionamiento del proceso asistencial sea el idóneo y con los mínimos riesgos conlleve para el paciente.

Gran parte de la limpieza realizada en los quirófanos llevada a cabo por las TCAE es del aparataje de con paños húmedos con solución detergente o desinfectante, como son: Microscopios, aparatos de isquemia, torres de laparoscopia, artroscopia, respirador, bombas de perfusión, calentadores de fluidos, motores y consolas...

5 Discusión-Conclusión

La dedicación a esta profesión se deben tener en cuenta y cumplir ciertos valores como: compromiso, colaboración, apoyo, empatía, humanidad, así como la capacidad de saber trabajar en equipo, ya que así se le brindará al paciente la atención necesaria.

Cuando todo esto se ponga en práctica y se realiza, se notará que el trabajo es fluido y eficaz y se trabajara con ganas y perseverancia. Todo esto el paciente lo percibe, y una de las cosas más gratificantes cuando una persona está enferma o está allí por algo que le preocupa y se debe sanar, la armonía en el ambiente de trabajo y la tranquilidad y seguridad que los profesionales que te están atendiendo están velando por tu salud física a la vez que la salud emocional. Por eso se debe mostrar una actitud correcta, amable y responsable.

Sensibilidad, compasión y la capacidad de respetar la dignidad y el sentido de independencia de cada paciente.

Tener habilidades de comunicación para apoyar al paciente, hacerlo sentir seguro y con menos ansiedad.

6 Bibliografía

<https://daeformacion.com/funciones-tcae-quiropfano/>

<https://web.esaludate.com/es/cursos-intensivos/30-realizados/446-curso-superior-de-quiropfano-para-tcae>

<https://www.euroinnova.edu.es/que-hace-un-auxiliar-de-enfermeria-en-un-quiropfano>

Capítulo 87

CLASIFICACION DE DRENAJES PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARIA ANTONIA PEREZ NUÑO

1 Introducción

Los drenajes son dispositivos que se utilizan para favorecer la evacuación de los líquidos o fluidos orgánicos, gases, secreciones o derrames naturales o patológicos de una herida o absceso, a través de un dispositivo.

Los tubos que se encuentran conectados en un recipiente cerrado con presión negativa son denominados drenajes quirúrgicos, al colocar estos tubos se extrae la sangre, así como otros fluidos que se encuentran tras practicar una cirugía que suelen acumularse en el paciente.

Los drenajes quirúrgicos hacen que la cirugía sea mucho más segura y se corre el riesgo de que pueda haber complicaciones, además ayuda a disminuir el dolor postoperatorio, ya que existe mucha menos tensión en el área, esto facilita lo que es la cicatrización de la herida.

La finalidad de los drenajes son:

Prevenir la formación y acumulo de líquidos o gases en las cavidades orgánicas.

Reducir el riesgo de infección.

Promover el proceso de cicatrización.

Permite el control del volumen y características del líquido drenado.

También poseen una serie de inconvenientes : posible puerta de entrada de microorganismos sobre todo en los de sistemas abiertos, inmovilizan en parte al

paciente, producen molestias al paciente (curas, extracciones accidentales, etc.).

Los drenajes en general se clasifican en PASIVOS (por capilaridad o gravedad) que utilizan la fuerza de la gravedad para drenar y ACTIVOS, que usan presiones altas y bajas para drenar.

2 Objetivos

Describir los distintos tipos de drenajes para e TCAE.

3 Metodología

Búsqueda en internet de clasificaciones de drenajes. Análisis de diferentes artículos en internet relacionados con la temática. Revisando diferentes clasificaciones existentes y diferentes imágenes explicativas.

Utilizando palabras clave como cuidados, drenajes, clasificación, drenajes quirúrgicos.

Recopilando la información mas importante y mas precisa para el tema tratado.

4 Resultados

Analizando toda la información y a grandes rasgos los drenajes los podemos clasificar en varios tipos:

–Según su forma de drenar:

Pasivos: actúan por capilaridad o por gravedad o por diferencia de presiones.

Activos: en este tipo la salida del material se produce mediante un sistema de aspiración.

–Según su mecanismo de acción:

Profilácticos: su función es evitar la formación de una colección, permitiendo su drenaje al exterior y de esta forma evitar complicaciones.

Terapéuticos: se utiliza para dar salida a colecciones ya formadas.

–Según su colocación:

Quirúrgicos: se colocan en la herida quirúrgica tras una cirugía.

Punción transcutánea: su colocación precisa de la realización de una ecografía o Tomografía Axial Computerizada (TAC) para guiar durante la inserción hacia la colección a drenar.

Los más conocidos son:

- Drenaje de gasa o dedo de guante: Consiste en una tira de gasa o una gasa enrollada con un extremo se ha colocado en una herida y actúa por capilaridad, facilitando el fluido de las secreciones.

En el caso de dedo de guante se corta un dedo de un guante estéril y se coloca dentro de la herida asomando una parte fuera de esta, la intención de este drenaje es impedir que la herida cierre antes de lo necesario para evitar que se quede material dentro que pueda infectarla.

- Drenaje de Penrose: Es un tubo de caucho, delgado y aplanado, los hay de varios tamaños más delgado más grueso más largo más corto, etc que se mantiene colapsado mientras no pasa líquido por su interior. Se coloca a través de una abertura cutánea y actúa por capilaridad. Se coloca al finalizar la intervención quirúrgica, antes de cerrar la pared, a través de una pequeña incisión y se asegura mediante un punto de sutura. Una vez terminada la cirugía se puede colocar una bolsa de colostomía para recoger las secreciones.

- Drenaje de Jackson Pratt: Es un drenaje activo aspirativo. Es un catéter de silicona blanca, aplastada al principio y circular al final y en su extremo puede conectarse a vacío de baja presión tipo «pera» o a vacío tipo Redón.

- Drenaje de Redón: Se trata de un sistema de drenaje activo, constituido por un tubo flexible con un extremo en el que hay múltiples perforaciones y que se coloca en la zona a drenar, y el otro extremo se acopla herméticamente a un tubo o alargadera conectado a un recipiente de recolección donde previamente se practica el vacío.

Este mecanismo permite un drenaje constante, que puede regularse según sean las necesidades de cada caso.

- Drenaje de Blake: Tiene un extremo multiperforado, redondo y con rayas de color. Es muy parecido al Jackson Pratt.

También existen drenajes utilizados para grandes colecciones y además se pueden hacer irrigaciones con ellos. Podemos clasificarlos en torácicos y abdominales dependiendo de su colocación anatómica. Algunos se necesitan para su colo-

cación una cirugía intervencionista.

– Drenaje de Kehr: Es un tubo blando que tiene forma de T, utilizado en cirugía biliar: los dos extremos cortos de la T se insertan en el colédoco y el conducto hepático, y la vía más larga se saca a través de la pared abdominal. Asegura el paso de bilis al colédoco, y así evita que se produzca un incremento de la presión en las vías biliares. Este drenaje actúa por gravedad; se conecta a un sistema de recolección cerrado y estéril, colocado por debajo del nivel del enfermo, donde se recoge el líquido drenado.

– Drenaje de Saratoga: Consiste en un tubo multiperforado de silicona o polivinilo con dos luces: la externa permite la entrada de aire y la interna permite la conexión a un sistema de aspiración. Se usa en grandes heridas infectadas, o cuando la cantidad a drenar es muy elevada. Lleva un hilo radio-opaco que permite comprobar su colocación mediante una radiografía.

– Drenaje de Abramson: Presenta tres luces: una para la entrada de aire, otra que acoplamos al sistema de aspiración y una tercera que nos sirve para la irrigación de la zona.

– Drenaje de Pleur-evac: Este es el más conocido dentro de los torácicos. El pleur-evac es un sistema de drenaje torácico con sello de agua y su finalidad es drenar líquido, aire o sangre del espacio pleural, permitiendo restablecer la presión pleural y que un pulmón colapsado se reexpanda.

– Drenaje de Pigtail: Para drenar colecciones u orina como por ejemplo en la nefrostomía.

5 Discusión-Conclusión

Todos los tipos de drenajes necesitan unos cuidados de enfermería específicos, ya que son de gran importancia para la salud y para la recuperación del paciente. Se deben respetar y seguir los pasos y los protocolos establecidos y mantener las máximas medidas de higiene y asepsia.

Se debe tener en cuenta:

– Limpieza y desinfección de la zona de inserción del drenaje.

– Revisar periódicamente para detectar posible salida del drenaje o rotura.

– Vaciar el líquido aspirado y apuntar medición en el lugar correspondiente.

– Evaluar el tipo de aspirado su color, aspecto, contenido, etc. y anotarlo todo en historia clínica del paciente

6 Bibliografía

Guzmán-Valdivia Gómez, Gilberto, & Arellano-Lomelí, Shantalle Maribell. (2016). Bosquejo histórico de los drenajes en cirugía y sus autores. *Cirujano general*, 38(1), 35-40. Epub 20 de febrero de 2020. Recuperado en 22 de abril de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000100035&lng=es&tlng=es.

Galarreta Aperte, S., & Martín Gracia, C. (2018). *Enferpedia: Técnicas y procedimientos de Enfermería*. Editorial Médica Panamericana.

Capítulo 88

EL USO DE LA BOTELLA O LA CUÑA EN PACIENTES ENCAMADOS

BARBARA MUÑOZ GOMEZ

1 Introducción

La higiene se basa en las medidas de aseo y de limpieza que realiza el TCAE para mantener el buen estado de la piel y los anejos, y ayudar así a crear defensas del organismo y a minimizar las consecuencias de las patologías. Se recomienda que la higiene del paciente se realice las veces que sean necesarias, pero en los pacientes que se encuentran encamados la higiene tiene que ser más minuciosa debido al alto grado de dependencia que presentan. Dentro de la importancia que tiene mantener la higiene en los pacientes que están encamados, también es importante el uso de la cuña o la botella para que realice el vaciado de orina o la eliminación de excrementos. Este apartado es muy importante, ya que el paciente no se puede mover de la cama para ir al váter de forma autónoma. La botella suele utilizarse en el caso de los hombres para que puedan orinar, y la cuña (es como una palangana plana) que sirve en los hombres para excretar y en las mujeres para poder realizar las dos cosas. Hay que mantener la intimidad de los pacientes en todo momento y ser respetuosos con ellos. Antes de realizar el procedimiento hay que explicárselo a los pacientes.

2 Objetivos

Describir las técnicas de utilización de la botella o la cuña en los pacientes que se encuentran encamados en el medio hospitalario.

3 Metodología

Las palabras clave que hemos utilizado para concretar la búsqueda de información han sido: TCAE, cuña, botella, encamado, hospital, aseo, higiene. Y de las bases de datos que hemos utilizado son Ocronos, Medline y Pubmed. De esta forma hemos podido obtener información en artículos relacionados con este tema.

4 Resultados

Con los dos materiales, lo primero es lavarse las manos y ponerse unos guantes desechables. Hay que descubrir la zona inferior del paciente remangando el camisón y retirando la colcha, la manta y la sábana superior. Esta sábana la utilizaremos después para cubrir al paciente mientras realiza el acto de orinar o defecar.

En el caso de los hombres para recoger la orina con la botella, hay que introducir el pene dentro del orificio que tiene la botella (si el paciente es autónomo lo realizará por sí mismo, y si es dependiente será el TCAE quien lo realice), se le cubre con la sábana encimera y se le deja el tiempo necesario para que el paciente pueda orinar. Si el paciente puede hacerlo solo, el TCAE le ofrecerá la botella, pero se mantendrá fuera de la habitación a la espera de que el paciente le avise de que haya acabado o después de un tiempo prudencial. La orina de la botella se vacía en el váter y se enjuaga con agua y jabón o se desinfecta con lejía. Se le debe ofrecer al paciente autónomo una palangana con agua y jabón para que pueda lavarse las manos. Al final del procedimiento el TCAE también debe quitarse los guantes y lavarse de nuevo las manos.

En el caso de ofrecer una cuña se le debe descubrir al paciente hasta la cintura remangando el camisón. En el paciente autónomo o semidependiente, se le pide al paciente que con las rodillas flexionadas y los pies apoyados en la cama despegue los glúteos levemente, y se le puede ayudar poniendo la mano debajo de las lumbares para poder colocar la cuña dejando la parte plana más cerca de la zona sacra. Se recoloca al paciente sobre la cuña y se le deja la sábana encimera puesta por encima de las piernas para cubrir su intimidad, se le eleva el respaldo de la cama y si es autónomo se le puede dejar el rollo de papel higiénico cerca. Si es paciente es dependiente, se volteará hacia el decúbito lateral, se recolocará la cuña, y se volverá a poner al paciente en decúbito supino con la cuña debajo. El TCAE tiene que esperar fuera de la habitación hasta que sea avisado o pase un tiempo prudencial.

Tras finalizar se quita la cuña y se vacía en el retrete, y se limpia con agua y jabón para poder guardarlo hasta el siguiente uso. También se puede desinfectar con lejía. Después se ayuda al paciente a limpiarse, si es dependiente se pondrá en decúbito supino para limpiar los genitales y en decúbito lateral para limpiar la zona anal. Se realiza el lavado, el enjabonado y el secado, se vuelve a acomodar al paciente y la ropa de la cama y el auxiliar debe quitarse los guantes y lavarse de nuevo las manos. Si el paciente es autónomo, se le supervisará la limpieza con papel higiénico o esponjas jabonosas.

5 Discusión-Conclusión

La higiene que hay que realizarle los TCAE a los pacientes hospitalizados es de vital importancia, pero es mucho más importante en los pacientes que se encuentran encamados y que tienen altos grados de dependencia y necesitan toda la ayuda posible para mantener sus cuidados. La evacuación de estos pacientes se encuentra limitada al uso básicamente del pañal en casos de inconsciencia o total incontinencia, pero en pacientes que puedan colaborar, por poco que sea, el uso (con ayuda del TCAE) de materiales como la cuña o la botella ayuda a fomentar esa independencia y a que los pacientes se encuentren mejor consigo mismos, además de ayudarles a prevenir enfermedades por retención de micción o excrementos, y por la humedad producida por el uso de pañales.

6 Bibliografía

- 1) Arenas Meana MT. Cuidados básicos en la higiene del paciente. Ocronos(2020); III(5):681.
- 2) Martínez González R, Blanco Cabral AB, Toribio Valbuena R. Protocolo de aseo del paciente encamado. Ocronos(2020).
- 3) Valero Fernández A. Funciones del TCAE. Ocronos (2023); VI(4): 116.
- 4) Cruz Serrano Fecha EV. Técnicas de higiene en el paciente encamado. Ocronos(2022); V(11): 240.
- 5) Adame Alquezar FJ. Técnicas de aseo del paciente hospitalizado. Ocronos. (2022); V(6): 168.

Capítulo 89

FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO

GONZALO CHOCANO CASARRUBIOS

JUANA MARTIN-ALBO LARA

CARMEN MARIA LÓPEZ DE LA REINA CARRILLO

VIRGINIA HONRADO VILLAR

VICENTA JIMENO GARCIA DE DIONISIO

1 Introducción

Los quirófanos hospitalarios son servicios integrados en la organización del centro sanitario, generalmente suelen estar aislados o integrados en su estructura general, pero siempre están conectados con otros servicios, como esterilización, anestesia, paritorio o el servicio de reanimación. Es el lugar donde se realizan todas las intervenciones quirúrgicas, tanto programadas, como las que pudieran surgir de urgencia. Estas intervenciones pueden ser de cirugía mayor o cirugía menor, dependiendo del tipo de enfermedad y operación que vayan a realizarse. Estos servicios tienen unos rasgos de obligado cumplimiento, como pueden ser, los metros cuadrados de su superficie, la luz que deben tener, los materiales de los suelos y las paredes, las puertas y accesos a los mismos, etc., y son estas características las verdaderas señas de identidad de los quirófanos.

Así como las anteriores características, en el quirófano, también existen unas normas que son de obligado cumplimiento para todo el personal que trabaja en los

mismos, como son, la utilización del vestuario necesario y las medidas preventivas que deben acatarse.

Entre el equipo multidisciplinar que desempeña su labor en el quirófano, se pueden encontrar enfermeras, auxiliares de enfermería, llamadas TCAE, anestelistas, cirujanos, radiólogos, digestólogos, neumólogos, personal subalterno, como celadores, y dependiendo de la intervención, otros especialistas sanitarios.

2 Objetivos

- Describir cómo funciona el servicio de quirófano de un centro hospitalario.
- Conocer las funciones del auxiliar de enfermería dentro del servicio de quirófano de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo.

4 Resultados

Las funciones que desarrollan los TCAE en el servicio de quirófano pueden definirse según en qué momento de la intervención quirúrgica se encuentre. En este aspecto, se pueden distinguir: antes de la operación, que es el preoperatorio, en la propia intervención o intraoperatorio, y después de la intervención o postoperatorio.

- Funciones del TCAE antes de la intervención o preoperatorio.

En esta zona, el TCAE, colabora con el personal de esterilización en la entrega y recogida de los materiales esterilizados, colocándolos en las baldas o estantes apropiados y que son necesarios para la intervención concreta. Si es necesario el TCAE, y ante las dudas de acompañantes y familiares de los enfermos, siempre bajo la supervisión o información del personal superior, como enfermeras o médicos, proporcionará toda la información y dudas que presenten, siempre bajo el criterio de la protección de datos del propio paciente.

El TCAE es el encargado del mismo modo, de preparar y comprobar todos los materiales que son necesarios para la intervención, y podrá desechar aquellos que bajo su criterio, no estén en perfecto estado de esterilización.

Antes de pasar el paciente al quirófano, también se encarga de preparar al paciente, esto quiere decir, que el paciente debe entrar al quirófano sin ropa y solo bajo un paño estéril, que tapará sus partes más íntimas.

-Funciones del TCAE dentro del quirófano o intraoperatorio.

Una vez el paciente está dentro del quirófano, en la camilla del mismo, el TCAE es el encargado de calmar al paciente en el momento previo de la anestesia. Una vez terminada la intervención, el TCAE recogerá todo el instrumental utilizado en la misma, limpiándolos y enviándolos al servicio de esterilización.

-Funciones del TCAE después de la intervención o postoperatorio.

Una vez que el paciente ha sido intervenido, el TCAE realiza el cambio de la ropa de cama, sábanas y mantas, y colocará al paciente la manta térmica en caso necesario y ordenado por el médico o enfermera. En este momento, también, se encarga de la medicación del paciente y de los monitores que pueda llevar el mismo, procurando que el goteo de los mismos sea el indicado y que los monitores estén perfectamente conectados.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental la labor del TCAE en el servicio de quirófano, abarcando esta importancia, tanto en su labor profesional, como en su labor de ánimo y consuelo para los pacientes. Repone todo el material sanitario necesario para las intervenciones, estando atenta a las anomalías que se pudieran presentar, tanto en los embalajes de los materiales, como en su esterilización, dando cuenta de ello al médico responsable del paciente.

Su labor merece toda la atención posible con el paciente, desde antes de la intervención, hasta el final de la misma, siendo una pieza fundamental en el engranaje del servicio en favor del beneficio del paciente y su pronta recuperación quirúrgica.

6 Bibliografía

1. Funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en quirófano. Disponible en: <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com>

2. El papel del auxiliar hospitalario en el quirófano. Disponible en: <https://www.fpsantagema.es>

Capítulo 90

FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

GONZALO CHOCANO CASARRUBIOS

JUANA MARTIN-ALBO LARA

CARMEN MARIA LÓPEZ DE LA REINA CARRILLO

VICENTA JIMENO GARCIA DE DIONISIO

VIRGINIA HONRADO VILLAR

1 Introducción

El servicio de urgencias hospitalarias está funcionando todos los días del año durante las 24 horas, ininterrumpidamente. Este servicio trata a los pacientes que necesitan de una forma urgente paliar algún incidente o malestar que han tenido inesperadamente, por lo que este servicio debe estar dotado de un jefe de urgencias que coordine él mismo, de manera rápida y eficaz, acelerando los tiempos de espera y los resultados.

Todo este servicio de urgencias está formado por profesionales sanitarios y no sanitarios. Entre los primeros destacan las enfermeras, médicos de urgencias y auxiliares de enfermería; entre los segundos, sobresalen, celadores y auxiliares administrativos.

La labor de la auxiliar de enfermería destaca en este servicio, pudiendo localizarse en boxes, especialidades, pediatría u observación de urgencias. En todas estas unidades, esta labor, es completísima y de una gran cualidad profesional.

Los pacientes que acuden a urgencias pueden estar en este servicio, generalmente, hasta un máximo de 24 horas, como en el caso de observación de urgencias, desde donde se trasladará a otras unidades hospitalarias, o se les propondrán para el alta domiciliaria. En algunos casos más graves, los pacientes, pueden ser derivados a otros centros hospitalarios, más especializados en la enfermedad que presentan.

2 Objetivos

- Describir cómo es el funcionamiento del servicio de urgencias de un centro hospitalario.
- Conocer las funciones de la auxiliar de enfermería en el servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo.

4 Resultados

Los pacientes cuando acuden al servicio de urgencias hospitalarias, pasan por el triaje de enfermería, aunque en ocasiones, este triaje puede realizarlo un médico. El triaje consiste en preguntar al paciente cuál es su problema y en tomarle las constantes, pulso, temperatura y ritmos cardíacos. Una vez que el paciente pasa triaje, se deriva a las distintas unidades de urgencias, donde la auxiliar de enfermería, le cambia la ropa que porta de su domicilio o de donde proceda y le pone un camisón o pijama, para acomodarlo en sillones o en camillas, dependiendo de su estado.

Una vez que el médico ha valorado al paciente, puede mandarle pruebas diagnósticas, como electros, placas radiológicas, análisis de orina, análisis de sangre,

etc., siendo necesario que la auxiliar de enfermería proporcione al paciente todo lo necesario para estas pruebas, como tubos de analíticas o realizarle in situ el electro demandado. En estos casos la auxiliar de enfermería puede solicitar la colaboración del personal sanitario o del celador.

La auxiliar de enfermería estará siempre atenta a cualquier material que porte el paciente, como puedan ser, los sueros, para que estén siempre correctamente fluyendo; las bolsas de diuresis, para vaciarlas y anotar las cantidades retiradas; la colocación de las vías para que no puedan salirse; la colocación de la mascarilla de oxigenoterapia para que siempre las porte correctamente el paciente, etc.

Otra de las funciones de la auxiliar de enfermería es la de tener siempre las camillas o camas de las distintas unidades provistas y cambiadas de ropa de cama, como sábanas o sabanillas, y de colocar la ropa sucia en los correspondientes contenedores para su retirada por el personal subalterno; así como de tener provistos de sueros, mascarillas, guantes, etc., todo el almacén interior desde donde se surte la unidad.

5 Discusión-Conclusión

La función de la auxiliar de enfermería dentro del servicio de urgencias hospitalarias es fundamental para el propio servicio, desde las acciones para la realización de las pruebas pedidas por el personal médico, como la ayuda proporcionada a los pacientes para hacer su estancia lo más amable y cómoda posible. Es fundamental su trabajo con el equipo, su integración en el mismo y aunar los esfuerzos en conseguir el mismo objetivo, que es la curación del paciente de la manera más segura para él mismo, siempre siguiendo los protocolos indicados y para actuar, en el caso necesario, con la mayor rapidez y celeridad posible, ante cualquier incidente imprevisto.

6 Bibliografía

1. Cuidados de enfermería y su importancia en el servicio de urgencias. Disponible en: <https://es.slideshare.net>
2. Funciones del auxiliar de enfermería en las distintas áreas o servicios. Disponible en: <https://auxiliarenfermeria.com>

Capítulo 91

FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

GONZALO CHOCANO CASARRUBIOS

JUANA MARTIN-ALBO LARA

CARMEN MARIA LÓPEZ DE LA REINA CARRILLO

VICENTA JIMENO GARCIA DE DIONISIO

VIRGINIA HONRADO VILLAR

1 Introducción

Dentro de los centros hospitalarios se encuentra la llamada farmacia del hospital, siempre que cuente con unidades de hospitalización que superen las cien camas. En este contexto los especialistas en farmacología son también parte integrante del equipo de profesionales que con sus actuaciones ayudan a mejorar a los pacientes, tanto a los que están ingresados, como a los transeúntes que presentan la necesidad de algunos medicamentos o fármacos específicos.

Continuando con este hilo, la farmacia hospitalaria, dispone de una ventanilla de dispensación de medicamentos para los pacientes transeúntes, es decir, aquellos que proceden o vienen desde sus domicilios y no están ingresados en el centro hospitalario.

En la farmacia hospitalaria trabajan todo un equipo de profesionales que abarcan tanto a personal sanitario, como enfermeros y auxiliares de enfermería, como a personal no sanitario, como celadores y auxiliares administrativos. La coordinación de toda la farmacia hospitalaria corre a cargo del farmacéutico, y cuya supervisión alcanza a todos los componentes de la misma.

La farmacia hospitalaria está constituida por estanterías donde se colocan los medicamentos, bien por nombre, es decir, alfabéticamente, o por sus características de composición, sin olvidar, aquellos medicamentos que necesitan estar a una temperatura adecuada que son guardados en cámaras frigoríficas a temperatura adecuada.

La labor del auxiliar de enfermería es muy importante dentro de este servicio como se verá a lo largo del desarrollo del capítulo.

2 Objetivos

- Conocer cómo funciona el servicio de farmacia hospitalaria.
- Describir cuáles son las funciones que desarrolla el auxiliar de enfermería en este servicio de farmacia hospitalaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva de información a través de diferentes buscadores y con la lectura de libros y revistas científicas, otorgando al presente trabajo mayor fiabilidad. Entre los buscadores a destacar en el desarrollo del trabajo se destacan Dialnet, Goodle Académico y Medline.

4 Resultados

Las funciones del auxiliar de enfermería en el servicio de farmacia hospitalaria son las siguientes:

- Funciones relacionadas con la atención del paciente.

Generalmente el auxiliar de enfermería tiene poco o ningún trato con los pacientes hospitalizados, excepto en la preparación de medicación individualizada que tienen. El auxiliar de enfermería atiende todos los días, por ventanilla, a los pacientes con enfermedades crónicas que necesitan de alguna medicación especial, o solamente se encuentra en el ámbito hospitalario. En este menester, el

auxiliar, demandará al paciente la receta o visado del medicamento, y se lo entregará, explicando su dosis y posología.

-Funciones en la preparación de los carritos de medicación para los pacientes hospitalizados.

En este sentido, el auxiliar de farmacia, prepara los carritos de las medicaciones que se necesitan en planta para los pacientes ingresados. Estos carritos dispones de cajoneras numeradas para cada habitación, donde el auxiliar colocará las unidades recetadas.

En caso de la preparación de alguna mezcla o medicamento, el auxiliar, bajo la supervisión del farmacéutico o enfermero, las preparará siguiendo las dosis y pautas de los mismos.

-Funciones de limpieza del servicio.

El auxiliar es el encargado de la limpieza de carros nodrizas, estanterías y otros instrumentos que se utilicen el servicio, para que el mismo funcione con corrección y todo esté en un orden perfecto.

-Funciones de control del stock y de la caducidad de los medicamentos.

El auxiliar de enfermería debe estar pendiente del stock y almacenamiento de los medicamentos y otros productos de farmacia, organizando la adquisición de los medicamentos, los recepciona, los almacena y, cuando sea necesario, realiza los pedidos de los suministros. Los auxiliares deben encargarse del correcto almacenamiento de los medicamentos y productos, según las características de conservación. Además deben tener en cuenta la fecha de caducidad y gestionar los residuos de acuerdo con la normativa vigente.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto en el desarrollo de este trabajo, se destaca la importancia del servicio de farmacia en el hospital, ya que dicho servicio proporciona material sanitario al resto de servicios y unidades hospitalarias. Sin embargo, todo ello no sería posible sin la labor del auxiliar de enfermería, que desempeña unas funciones que ayudan a que en el resto de plantas hospitalarias no se produzca una insuficiencia de medicamentos que dificulte el correcto funcionamiento de dicho servicio y facilitando la realización de las tareas sanitarias, de este modo, contribuyendo así, a la pronta mejoría de los pacientes ingresados.

6 Bibliografía

1. El auxiliar de farmacia hospitalaria. Disponible en: <https://auxiliar-enfermeria.com>
2. La unidad de enfermería de farmacia. Disponible en: <https://sectoruel.salud.aragon.es>
3. Importancia del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la farmacia hospitalaria. Disponible en: <https://congresosicepa.com>

Capítulo 92

PERIODO POSNATAL. CUIDADOS Y ATENCIONES OFRECIDOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

BETHSABÉ DIAZ FIDALGO

1 Introducción

Los cuidados y atenciones inmediatas al recién nacido y a la madre - periodo posnatal- son aquellos que se les dan justo después del nacimiento aún dentro del paritorio, así como en las horas posteriores. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería participa junto con resto del equipo sanitario en la asistencia de todos esos cuidados. El apoyo a la madre y al recién nacido en el periodo posnatal es vital para asegurar la supervivencia del segundo y la recuperación general (tanto física como mental) de la madre.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de las muertes infantiles y maternas se producen tras el nacimiento, en los primeros días tras el parto. Las consecuencias psíquicas y físicas del parto, pueden ser de gran importancia si no se tratan en el momento oportuno. Los primeros días después del nacimiento son vitales para crear lazos y establecer comportamientos saludables para el óptimo desarrollo del lactante. (1)

El cometido del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en obstetricia irá dirigido a brindar apoyo al especialista en su procedimiento, tanto en preparación de materiales como asistencia durante el parto, además de asistir y facilitar a la madre en lo que sea necesario tanto antes, durante el parto como

una vez llegados a la habitación, donde se les suministrarán a ambos todos los cuidados indispensables para su mayor comodidad y se les ofrecerá una atención adaptada y cercana.

2 Objetivos

- Exponer los cometidos que realizan los TCAE en obstetricia.
- Poner de manifiesto la importancia de brindar acompañamiento y cercanía a la parturienta.
- Exponer procedimientos a seguir en el cuidado del recién nacido desde el alumbramiento hasta los primeros días en familia.

3 Metodología

Para la ejecución del actual capítulo se ha realizado una investigación basada en una revisión bibliográfica acerca de literatura científica ya existente, consultando las principales bases de datos como Pubmed, Scielo entre otras, además de diferentes artículos científicos interesantes ya revisados.

Se han usado palabras claves tales como obstetricia, neonato, posnatal o parto.

4 Resultados

Previo al comienzo del parto es vital disponer de todo el historial médico para poder garantizar la falta de riesgo que pueda implicar afección neonatal inmediata y estar a disposición del personal responsable en todo momento con suficiente antelación.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) previo al momento del parto, además, debe asistir y apoyar tanto a la matrona (o médico especialista) como a la parturienta, teniendo como funciones, entre otras:

- Organizar sala de parto con campo estéril y posible material e instrumental a necesitar, medicación... Velar por la higiene (lavado de manos...) previo parto, durante y posterior al mismo
- Comprobación de equipos, así como preparación de incubadora y mesa de reanimación por si fuera necesaria.
- Mesa con talla estéril y material para el bebé como gasas, pinzas, pinzas para cordón, gorro... colirio antiséptico, vacuna hepatitis B, vitamina K. Todo estará debidamente detallado en el PAE.

- Asistir a la futura mamá facilitándole desde ropa, material de aseo... todo lo que le sea de necesidad. Acompañamiento y empatía.
- Toma de signos vitales.
- Tener preparada cuna, cama y todos los enseres necesarios para cuando el bebé y mamá vuelvan a la habitación.

Durante el trabajo del parto se seguirá apoyando al especialista y parturienta en todo lo que necesiten (disponer materiales e instrumental, poner y quitar cuñas, higiene...).

Tras el parto, el TCAE deberá entre otras labores:

- Identificar con pulsera al bebé, así como recoger huellas digitales y plantales, peso, medida, hora de parto... sin separarlo de su madre.
- Asear, vestir y pasar a cama a la mamá.
- Colaborar con el equipo de enfermería en las tareas para las que se le necesita, sirviéndoles de apoyo y anotando posibles incidencias que hubiesen surgido. Actualizar historia clínica.
- La lactancia se iniciará en la sala de partos tan pronto como ambos estén listos y aprovechando la piel con piel para que el instinto del bebé busque el pezón. El TCAE y resto de profesionales sanitarios apoyarán a la madre tanto desde el inicio y mientras permanezca en el hospital ayudándola en la forma óptima de amamantamiento.
- Recoger, limpiar y enviar a esterilizar material utilizado. Reponer el material necesario.
- Acompañar durante el traslado a la habitación (que inicialmente habría dejado preparada con material, temperatura adecuada...), facilitándoles todos los cuidados siempre en un entorno de intimidad, facilitando líquidos y alimentos a la mujer y dejando cubiertas todas sus necesidades.

Hay que poner de manifiesto la importancia de brindar acompañamiento y cercanía a la parturienta en todo momento para que su experiencia posnatal la perciba positiva. Se le explicará sobre el cuidado y limpieza del cordón umbilical (agua, jabón neutro y secado minucioso). Establecer prácticas alimenticias agradables y equilibradas para conseguir bienestar tanto al niño como a ella misma. Fomentar el contacto piel con piel y sus beneficios, así como la higiene neonatal mas óptima.

Apoyar e informar a la madre durante la totalidad del proceso, de todos los aspectos que le pudieran inquietar, de una manera accesible, cercana y empática.

5 Discusión-Conclusión

El periodo posnatal es un momento clave y de vital importancia tanto para el bebé, que debe adaptarse al entorno y vida extrauterina, como para la parturienta, que además de lidiar con todos los cambios fisiológicos que experimenta con el trabajo del parto y puerperio, posiblemente necesite apoyo psicológico, ya que son habituales los cambios de humor después del parto. Es importante brindar cercanía y acompañamiento para percibir depresión o ansiedad posparto en la madre y que pueda recibir ayuda con la mayor celeridad posible. El trabajo del TCAE es necesario en este punto ya que es el profesional que está mas cercano al grupo familiar recién creado.

El cometido que tiene el TCAE en obstetricia es fundamental y tiene que estar perfectamente explicado y organizado en el PAE junto con el resto de cuidados enfermeros para que el equipo funcione perfectamente y tanto la preparación del parto como sus posteriores cuidados tanto al recién nacido como a la madre, se desarrollen eficientemente. Son numerosas las tareas que desarrollan, ya que estas se efectúan antes, durante y tras cada asistencia atendiendo al sistema del hospital.

Los procedimientos a seguir en el cuidado del recién nacido irán siempre consensuados con los padres, implicándoles y orientándoles en todo momento, siempre en un entorno de intimidad, confianza y seguridad, brindando al RN todos los cuidados necesarios.

6 Bibliografía

1. La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto (Internet) (Citado 30 Marzo 2022) Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
2. Proceso de atención de enfermería en el proceso de parto (Internet) (Citado 22 Noviembre 2021) Disponible en : <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-el-proceso-de-parto/>
3. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento (Internet) (Citado Octubre 2016) Disponible en: Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento | Anales de Pediatría (analesdepediatria.org)

4. Infección neonatal hospitalaria (Internet) (Citado Julio 2022) Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/pediatric/infecciones-en-recien-nacidos/infeccion-neonatal-hospitalaria>

Capítulo 93

INFECCIÓN NEONATAL HOSPITALARIA. PREVENCIÓN Y RIESGO

BETHSABÉ DIAZ FIDALGO

1 Introducción

Las infecciones hospitalarias en recién nacidos son resultado de haber cogido bacterias y/o gérmenes patógenos en el centro hospitalario siendo una de las causas principales de morbilidad e incluso mortalidad en el periodo neonatal.

Los centros hospitalarios pueden ayudar a la transmisión de las infecciones entre los pacientes, causando daño incluso tanto a los acompañantes como a los propios profesionales si no se presta atención suficiente a la prevención y control de infecciones (PCI). Según el último informe de la Organización Mundial de la salud –OMS- datado en 2022, se saca a conclusión que siguiendo prácticas eficaces en higiene de manos u otras prácticas en función de los costos, el 70% de esas infecciones se pueden prevenir (1)

Los recién nacidos prematuros son los más susceptibles a éste tipo de infecciones y representan un costo asistencial superior a otros pacientes, tanto en poblaciones con pocos recursos como en países con recursos superiores, ya que actualmente la supervivencia de estos hace que se prolongue la estancia hospitalaria mucho tiempo lo que a su vez hace aumentar el riesgo a contraer una infección. Cuanto más tiempo esté en contacto el recién nacido con los elementos de cuidados posiblemente infectados, más expuesto está al riesgo de contraer infección nosocomial.

2 Objetivos

- Conocer el concepto y explicar la trascendencia que tiene en un recién nacido contraer una infección hospitalaria.
- Exponer los factores de riesgo.
- Poner de manifiesto la importancia de una adecuada prevención.

3 Metodología

La realización del presente capítulo se ha hecho en base a una investigación consistente en una exploración y consulta bibliográfica sobre libros y escritos científicos ya existentes, publicaciones todas ellas revisadas. Se han consultado artículos en las principales bases de datos como Scielo, teniéndose en cuenta así mismo informes publicados por la OMS donde reúnen datos procedentes de diversos informes a nivel mundial.

4 Resultados

Las infecciones hospitalarias o nosocomiales son infecciones adquiridas mientras se ha estado un tiempo sustancial hospitalizado sin tener manifestaciones previas ni en periodo de incubación al momento de ser ingresado. Si se habla del recién nacido se determina éste tipo de infección de 48 a 72 horas tras haber nacido, siempre que la madre no estuviera infectada al ingreso ni con sintomatología previa.

Este tipo de infecciones son un problema sobre todo para RN prematuros y recién nacidos con patologías que necesiten una hospitalización larga en cuidados especiales, ya que los nacidos a término y sin problemas que les haga estar en hospital más tiempo del recomendado (2-3 días) tienen tasas de infección menor al 1%. El factor de riesgo de contraerla aumenta cuanto más bajo es el peso del RN y su hospitalización más prolongada. Las más comunes son las relacionadas a vías centrales, neumonías intrahospitalarias, bacterias, virus y hongos.

Por lo tanto, hay que tener en cuenta como factores de riesgo en neonatos, entre otras:

- Prematuridad con bajo peso implícito y piel inmadura y frágil.
- Anomalías congénitas que prolongan estancias hospitalarias con el consiguiente aumento de posibilidades de contraer infecciones.
- Uso de dispositivos (vías centrales...)
- Mala praxis higiénica en atención obstétrica y neonatal.

- Sobredemanda de pacientes ingresados.
- Contacto manual excesivo sin previo lavado de manos.

Para prevenir la proliferación de infecciones se debe disponer de un departamento de Vigilancia Epidemiológica que puedan prevenir y/o lograr intervenciones que rompan la cadena epidemiológica disminuyendo su prevalencia en hospitales y demás centros sanitarios.

Un rápido diagnóstico es vital para minimizar la proliferación de las infecciones por la unidad, por lo que se monitoreará con frecuencia a los bebés para observar cualquier signo de infección. Es importante un lavado de manos minucioso antes, durante y tras estar en contacto con un recién nacido.

Un espacio suficiente entre bebés en unidades de neonatologías, incubadoras... reduce el índice de contagios. Desinfectar y esterilizar los equipos minuciosamente es vital, así como reducir el tiempo de uso de respiradores y catéteres. Así mismo se tendrá en cuenta el calendario de vacunas hasta el alta.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones adquiridas en el hospital son un problema grave para los recién nacidos tanto para los que tienen que estar hospitalizados durante mucho tiempo (prematurados nacidos con patologías graves) como para los nacidos a término, siendo la neumonía y bacteriemia (por inserción de catéter) las más frecuentes sin olvidar otras bacterias y hongos.

El bajo peso y ser prematuro es por lo tanto un factor de riesgo importante por lo que es vital disponer de programas eficientes de Vigilancia Epidemiológica que contribuyan a minimizar no solo la incidencia sino la morbilidad, mortalidad y el costo que se desprende de ambas.

La optima limpieza y esterilización del material así como una meticulosa higiene de manos sumado al mínimo número de procedimientos invasivos, peso óptimo de los RN y estancias cortas, es vital para la prevención de las infecciones neonatales hospitalarias.

6 Bibliografía

1. La OMS publica el primer informe mundial sobre prevención y control de infecciones (PCI) (Internet) (Citado el 6 Mayo 2022) Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-prevention-and-control>

2. Infecciones relacionadas con la asistencia a la salud en unidades de terapia intensiva neonatal: una revisión integradora (Internet) (Citado el 14 Diciembre 2020) Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000100508
3. Sepsis neonatal tardía nosocomial en una unidad de terapia intensiva: agentes etiológicos y localización más frecuente (Internet) (Citado en 2018) Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182018000500547
4. Actualización en Infección Nosocomial Neonatal (Internet) (Citado el 26 Octubre 2018) Disponible en: <https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2020/02/Sesi%C3%B3n-R3-Raquel-Revert-ACTUALIZACI%C3%93N-INFECICI%C3%93N-NEONATAL-NOSOCOMIAL.pdf>

Capítulo 94

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

YOLANDA OJEDA BORRAS

RACHIDA HAYAD CHAIB

1 Introducción

El paciente crónico renal que precisa de tratamiento de hemodiálisis requiere de una atención especial. Es un proceso de gran impacto para ellos tanto a nivel físico como emocional y la labor del TCAE para su bienestar es fundamental. Se debe conseguir un ambiente cómodo para que su estancia les resulte más agradable. Dado el tiempo tan amplio que permanecen en la unidad se crea un vínculo entre pacientes y cuidadores muy especial. La hemodiálisis es un proceso médico que utiliza un riñón artificial o dializador y una máquina de diálisis para purificar la sangre. Los nefrólogos suelen programar sesiones en un centro de diálisis subvencionado, que suele durar entre 3 y 4 horas, tres veces por semana. Se requiere acceso vascular a una fistula arteriovenosa para lograr un mayor flujo sanguíneo con mayor presión. En algunos casos, se puede usar un catéter permanente como alternativa hasta que se pueda establecer una fistula. Una razón para el desarrollo de fistula arteriovenosa en pacientes se debe a problemas arteriales o venosos. Además, en situaciones de emergencia, como envenenamiento causado por drogas o niveles altos de potasio, se pueden usar catéteres temporales como

Shaldon para diálisis. El monitor de diálisis es responsable de empujar la sangre hacia el filtro o dializador, al mismo tiempo que hace avanzar una solución que contiene sustancias esenciales. El dializador viene equipado con membranas que facilitan el intercambio de sustancias nocivas de la sangre al líquido y de sustancias necesarias del líquido a la sangre. Todo esto es posible gracias a una serie de bombas y al uso de agua de diálisis pura (elementos como bicarbonato y calcio).

2 Objetivos

- Comprender las responsabilidades de TCAE en una unidad de hemodiálisis y describir cómo un técnico de atención auxiliar de enfermería puede brindar un apoyo óptimo a los pacientes que se enfrentan a su enfermedad.
- Enumerar los diferentes métodos de diálisis y analizar sus respectivos méritos e inconvenientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos : Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas.

4 Resultados

La diálisis es un proceso utilizado para eliminar las impurezas y los desechos de la sangre, ya sea mediante hemodiálisis o diálisis peritoneal. Ambos métodos requieren dializado, un líquido que ayuda a eliminar toxinas y líquidos de la sangre haciéndolos pasar a través de una membrana semipermeable. La hemodiálisis consiste en insertar un tubo en la máquina de diálisis para eliminar el exceso de agua, toxinas y productos de desecho de la sangre. Este tipo de diálisis tiene una duración de alrededor de cuatro horas, con la barrera de filtración ubicada en la máquina. Mientras tanto, la diálisis peritoneal utiliza la membrana serosa en la cavidad abdominal como filtro para eliminar el exceso de líquidos y desechos. Aquí, el dializado se bombea a la cavidad peritoneal a través de un catéter y se deja absorber los desechos antes de vaciarse y retirarse. La diálisis es un proceso utilizado para eliminar las impurezas y los desechos de la sangre, ya sea mediante hemodiálisis o diálisis peritoneal. Ambos métodos requieren dializado, un líquido

que ayuda a eliminar toxinas y líquidos de la sangre haciéndolos pasar a través de una membrana semipermeable. La hemodiálisis consiste en insertar un tubo en la máquina de diálisis para eliminar el exceso de agua, toxinas y productos de desecho de la sangre. Este tipo de diálisis tiene una duración de alrededor de cuatro horas, con la barrera de filtración ubicada en la máquina. Mientras tanto, la diálisis peritoneal utiliza la membrana serosa en la cavidad abdominal como filtro para eliminar el exceso de líquidos y desechos. Aquí, el dializado se bombea a la cavidad peritoneal a través de un catéter y se deja absorber los desechos antes de vaciarse y retirarse.

Entre las actividades que desarrolla el TCAE en la unidad de hemodiálisis:

- Pesar al paciente a su llegada y en el momento que finalice el tratamiento
- Reponer los carros de curas ubicados en su zona así como las estanterías de sueros, el material de esterilización y revisar y colocar el pedido de farmacia y el almacén.
- Colocar y reponer lencería.
- Repartir los desayunos o meriendas a todos los pacientes.
- Colaborar en la conexión y desconexión de los pacientes, ayudando al enfermero/a y paciente.
- Preparar bateas después de la conexión de los pacientes.
- Desmontar los monitores de diálisis y proceder a la desinfección tanto interna como externa.
- Preparar los sistemas de diálisis y bateas para el turno siguiente.
- Conocer e identificar las distintas opciones de tratamiento (HD, HDD, DPAC, Tx Renal).
- Conocer las técnicas de curas, fistulas, higiene corporal y bucal, etc y evitar errores.

5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos en Cuidados de Enfermería/TCE son cruciales en el cuidado de los pacientes en diálisis. Estos profesionales deben navegar por horarios complejos, equilibrando las sesiones de diálisis con el trabajo o los estudios, las responsabilidades familiares y las incertidumbres y complicaciones derivadas de su enfermedad o posibles trasplantes. Como resultado, a menudo se desarrolla un vínculo estrecho entre el paciente y el técnico debido a los desafíos compartidos que enfrentan. Cuando se trata de Cuidados de Enfermería/TCE, los profesionales deben mostrar una doble capacidad de trabajo en equipo y apoyo psicológico a sus pacientes. También es importante tener un interés activo en las actividades

deportivas de los pacientes y explicar que aquellos con anemia estable, diálisis bien manejada y PA controlada pueden realizar cualquier ejercicio aeróbico sin temor al agotamiento.

6 Bibliografía

pubmed, scielo, google.

Capítulo 95

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA O TCAE EN LA UNIDAD DE ICTUS

YOLANDA OJEDA BORRAS

RACHIDA HAYAD CHAIB

1 Introducción

El daño cerebral adquirido (ACD, por sus siglas en inglés) es causado principalmente por un derrame cerebral, una interrupción repentina del flujo sanguíneo en el cerebro que conduce a la pérdida de habilidades específicas asociadas con el área afectada. Si bien esto sucede abruptamente, a menudo es causado por hábitos de vida poco saludables y otros factores. Los factores de riesgo incluyen tener más de 60 años, ser hombre (aunque las mujeres tienen tasas de mortalidad más altas) y tener antecedentes familiares de accidente cerebrovascular.

Hay dos categorías distintas de accidente cerebrovascular:

Un accidente cerebrovascular isquémico ocurre cuando los vasos sanguíneos se bloquean, lo que provoca un flujo sanguíneo inadecuado en un área particular del cerebro. Los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos son menos comunes, pero más mortales, causados por ramas arteriales rotas que conducen a una hemorragia cerebral. Un enfoque integral y multidisciplinario es esencial para gestionar la atención aguda. La hospitalización implica evaluar la movilidad del paciente, tanto la perdida como la conservada. Con base en esta evaluación, se elabora un plan para una atención y movilidad óptimas durante y después de la estadía en el hospital. Además, los pacientes, sus familias y los cuidadores

reciben instrucción sobre una variedad de temas después de salir del hospital. Directrices esenciales para lograr una recuperación óptima, que engloban tanto la ingesta nutricional como la actividad física.

2 Objetivos

- Describir el ictus y los factores de riesgo.
- Mostrar y actualizar los conocimientos sobre las tareas del TCAE en la unidad de Ictus.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo hemos ido cogiendo información de ciertas páginas científicas como son pubmed, scielo. De ahí hemos hecho un cribado para quedarnos con la información más exacta, relevante y con la cual realizar el capítulo. Al final nos hemos quedado con 32 artículos.

4 Resultados

El accidente cerebrovascular, comúnmente conocido como accidente cerebrovascular, es el resultado de una reducción o interrupción del flujo sanguíneo a un área específica del cerebro, privándolo así de oxígeno y nutrientes esenciales. Esto, a su vez, conduce a la muerte de las células cerebrales en cuestión de minutos. Los factores de riesgo asociados con los accidentes cerebrovasculares deben manejarse de manera efectiva para prevenirlos, en particular el accidente cerebrovascular isquémico, uno de los dos tipos de accidentes cerebrovasculares.

Prevención del accidente cerebrovascular y sus riesgos asociados:

- Cuando se obstruye el flujo de sangre al cerebro, se produce un accidente cerebrovascular isquémico.
- Por el contrario, el accidente cerebrovascular hemorrágico ocurre cuando un vaso sanguíneo se rompe o tiene fugas, lo que provoca una hemorragia en el cerebro.
- Si bien la edad es un factor de riesgo incontrolable, es importante tener en cuenta que el 80 % de los accidentes cerebrovasculares se pueden evitar al controlar otros factores de riesgo mediante tratamiento médico o cambios en el estilo de vida. Hay dos clases de riesgos asociados con la probabilidad de desarrollar enfermedades coronarias, particularmente de la variedad isquémica, y se denominan

riesgos modificables.

Claves para prevenir el ictus:

Es importante tener un buen estado de salud para evitar esta lesión cerebral. En este sentido, nuestros neurólogos nos recomiendan estas 8 pautas:

1. Controlar la tensión arterial.
2. Reducir el consumo de colesterol y grasas saturadas en la alimentación, para disminuir potencialmente la acumulación en las arterias.
3. Dejar el tabaco.
4. Vigilar la diabetes; tratar de mantener un nivel adecuado de glucosa en la sangre.
5. Cuidar el peso; la obesidad es el principal factor de riesgo del ictus.
6. Incluir frutas y verduras en la dieta, 5 o más porciones cada día.
7. Practicar ejercicio con regularidad; si es de tipo aeróbico, ayuda a disminuir la probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular.
8. Limitar el consumo de bebidas alcohólicas.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que :

- 1.- El ictus de origen isquémico es una de las enfermedades cerebrovasculares más frecuentes en la población mundial, convirtiéndose en el principal motivo de discapacidad, dependencia y mortalidad en la edad adulta.
- 2.- La mortalidad y la discapacidad están descendiendo de manera significativa gracias a la implantación del Código Ictus, a la creación de Unidades de Ictus en los hospitales y a la formación especializada de los profesionales sanitarios.
- 3.- La presencia de factores de riesgo tanto modificables como no modificables aumenta la probabilidad de padecer ictus. Destacar la importancia de la Educación para la Salud, ya que nos va a permitir concienciar a la población de la gravedad de la enfermedad e insistir en las medidas de prevención primaria con el objetivo de evitar la aparición de los factores de riesgo cardiovasculares.
- 4.- Reconocer los síntomas propios del ictus permite determinar el diagnóstico y establecer el tratamiento de forma inmediata. La actuación rápida del paciente, de la familia y de los profesionales sanitarios va encaminada a minimizar el daño cerebral, evitar las posibles complicaciones y mejorar su rehabilitación.
- 5.- El papel de Enfermería dentro del equipo multidisciplinar es imprescindible en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (prevención primaria) y secundaria), así como en el manejo del paciente con ictus isquémico en la fase aguda. Es necesaria la formación específica de los profesionales de Enfermería

para el manejo correcto del paciente en las Unidades de Ictus y la valoración integral, individualizada y objetiva del mismo para planificar una serie de cuidados que mejoren su calidad de vida y la de su familia.

6 Bibliografía

google, pubmed, scielo.

Capítulo 96

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CONFLICTIVO

COSME DAMIÁN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

PAULA VICIOSO SÁNCHEZ

INMACULADA LOPEZ GARCIA

ANGELICA RUANO ORTEGA

NATALIA RUBIO JIMÉNEZ

1 Introducción

Vamos a hablar sobre el técnico de cuidados auxiliares de enfermería ante un paciente conflictivo. Se podría definir como paciente conflictivo a todo aquel paciente que genera al personal sanitario algún tipo de problema debido a su actitud o comportamiento.

Los profesionales sanitarios pueden enfrentarse en su día a día pacientes conflictivos y/o difíciles de varios tipos, entre los que se incluyen principalmente los siguientes:

- El paciente enfadado que es el más habitual.
- El paciente manipulador que busca conseguir lo que quiere a toda costa.

- El paciente litigador.
- El paciente exageradamente demandante.
- El paciente que rechaza cualquier actuación médica.
- El paciente que utiliza los servicios de urgencias sin tener una patología calificada como urgente.
- El paciente hiperfrecuentador.
- El paciente agresivo, que puede llegar, en los casos más graves, a la agresión no solo verbal sino también física.

Además, puede darse el caso de lo que se conoce como paciente mixto, es decir, un paciente en el que concurren varios de estos perfiles.

Es importante que los trabajadores del ámbito sanitario sepan reconocer estas tipologías de pacientes además de que posean el conocimiento y la formación necesaria para poder desarrollar las estrategias adecuadas para enfrentarse a las posibles situaciones conflictivas o difíciles que este tipo de usuarios pudiera originar.

2 Objetivos

- Dar a conocer los principales tipos de paciente conflictivo.
- Explicar las pautas de actuación por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería a la hora de tratar con pacientes conflictivos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes publicaciones científicas como revistas médicas y utilizando solo la información obtenida de artículos y publicaciones académicas ya revisadas. Por otro lado, se ha elaborado una búsqueda sistemática en varias bases de datos como Pubmed o la Enciclopedia Médica Nacional.

4 Resultados

Los profesionales sanitarios y especialmente los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (por ser quizás el profesional sanitario que tiene un trato más cercano y diario con los pacientes) pueden enfrentarse a momentos complicados causados por la actitud hostil de algunos pacientes.

Manejar estas situaciones conflictivas, no es una tarea sencilla por lo que es imprescindible que los trabajadores del ámbito de la salud adquieran las herramientas adecuadas para saber tratar a este tipo de pacientes.

Existen una serie de recomendaciones o pautas que pueden ayudar a gestionar y controlar determinadas situaciones originadas por estos pacientes, que incluyen principalmente:

- Ejercer la escucha activa, es decir, el paciente debe sentirse "realmente" escuchado, sentir que se escuchan sus necesidades y se le presta la atención debida.
- Evitar acercarse en exceso, ya que el paciente conflictivo, puede interpretar este acercamiento como una invasión de su espacio personal.
- Tener empatía, es decir, el profesional sanitario debe intentar ponerse en el lugar del paciente. Este puede estar enfrentándose a una situación difícil y que le genera estrés, ansiedad, incertidumbre o incluso miedo y muchas veces no sabe cómo gestionar todas esas emociones además de encontrarse fuera de su entorno.
- Prestar atención al lenguaje corporal, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá mantener el contacto visual y tratar de tener una expresión facial serena.
- El profesional debe controlar las emociones y no dejarse llevar por el enfado, ya que esto seguramente acrecentará el conflicto.
- Tener paciencia pero de ningún modo permitir abusos.
- Finalmente en el caso de que el trabajador se vea incapaz de controlar la situación o que está se le puede ir de las manos y el conflicto puede escalar, lo más aconsejable es buscar ayuda.

5 Discusión-Conclusión

Cabe señalar que los profesionales sanitarios y en concreto los Técnicos en Cuidados Auxiliares en Enfermería, por su cercanía al paciente, son uno de los sectores profesionales con más riesgo de sufrir agresiones, tanto verbales como físicas.

Esto se explica debido al hecho de que casi a diario, tienen contacto con personas que se enfrentan a situaciones muy traumáticas como por ejemplo experimentar dolor o enfrentarse la muerte de un ser querido. Además, muchas personas consideran el entorno hospitalario un medio hostil bien sea por desconocimiento o por alguna mala experiencia anterior.

Por todo ello, es muy importante que el profesional sanitario sepa tomar distancia y se tome su tiempo para recomponerse. De esta manera evitará interiorizar el estrés sufrido, ya que de lo contrario, repercutirá negativamente tanto en su salud como en la atención dada a los pacientes y familiares.

6 Bibliografía

1. Sardiñas López G. Estrategias para el manejo del paciente difícil. (Internet).Revista Portales Médicos. 2012. (citado el 10 de febrero del 2023). Disponible en: Estrategias para el manejo del paciente difícil - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com (revista-portalesmedicos.com).
2. Glover M. Escucha activa: características, ejercicios y ejemplos. (Internet). Psicología-online. 2019. (citado el 11 de febrero del 2023). Disponible en: ¿Qué es la ESCUCHA ACTIVA?: características, ejercicios y ejemplos (psicologiaonline.com).
3. Cruz C. Manejo del paciente agresivo y/o difícil. (Internet).Researchgate. 2004. (citado el 11 de febrero del 2023). Disponible en: (PDF) Manejo del paciente Agresivo y/o difícil. (researchgate.net).

Capítulo 97

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

COSME DAMIÁN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

PAULA VICIOSO SÁNCHEZ

INMACULADA LOPEZ GARCIA

ANGELICA RUANO ORTEGA

NATALIA RUBIO JIMÉNEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la siguiente definición sobre la esterilización: es "la técnica de saneamiento cuyo objetivo es conseguir la plena destrucción de toda forma de vida existente en los elementos. Para ello, se pretende aniquilar todos los microorganismos, patógenos y no patógenos".

Por otro lado, la RAE (Real Academia de la lengua Española) define el concepto de esterilizar (de estéril e - izar) como acción de "Destruir los gérmenes por la acción de agentes físicos o químicos".

Los centros hospitalarios son ambientes sanitarios que pueden estar altamente contaminados con multitud de microorganismos, siendo estos capaces de provocar una gran variedad de enfermedades en el ser humano, especialmente en aquellos pacientes cuyas defensas son bajas debido a los tratamientos recibidos para hacer frente a sus enfermedades.

Existen tres procedimientos o actividades que pueden disminuir o incluso eliminar la presencia de microorganismos en materiales sanitarios, los cuales luego son utilizados en pacientes. Estos procedimientos son: la limpieza o descontaminación, la desinfección y la esterilización. Dentro del procedimiento de la esterilización hay que seguir cinco pasos para que sea un procedimiento efectivo: limpiar el material, preparar el paquete donde va a ir ese material, esterilizar el material, almacenar y entregar dicho material y por último hacer uso de él.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los diferentes métodos de esterilización que tienen que realizar los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería sobre el material sanitario utilizado que requiera dicha esterilización.

Objetivos secundarios:

- Definir la esterilización llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud y por el diccionario de la Real Academia de la lengua Española.
- Exponer los tres procedimientos de eliminación o disminución bacteriana.
- Describir los cinco pasos a seguir en el procedimiento de esterilización.

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

Características y clasificación de los materiales para esterilizar:

Existe una gran variedad de material que debe ser esterilizado, sin embargo, no todos los tipos de materiales pueden ser esterilizados con el mismo método debido a sus características, por lo que es necesario saber las características de cada material para utilizar un método de esterilización u otro. Dichas características son: resistencia al método utilizado en la esterilización, estabilidad, seguridad de las personas, toxicidad y características de la fabricación.

- Vidrio: material rígido, pero fácil de romperse. Resiste a altas temperaturas. Podemos encontrar: tubos de ensayo, botellas...
- Acero inoxidable: resistente a la oxidación aun así entrando en contacto con la humedad. Es un material duradero pero frágil ante el uso excesivo de cloruros. Podemos encontrar: material quirúrgico, contenedores y cajas del instrumental utilizado en procedimientos intervencionistas.
- Plástico: material que puede ser modelado y deformado. Utilizado para empaquetar o para aislar térmicamente o eléctricamente. Podemos encontrar: conexiones, sondas, sistemas de sueros...
- Látex: frágil ante detergentes y no sale rentable su esterilización, por lo que muchos materiales de látex será de un único uso. Es frecuente en reacciones alérgicas.
- Algodón: resistente a altas temperaturas, pero se daña con facilidad. Podemos encontrar: ropa para pacientes, sábanas o para envolver material.
- Textiles especiales: Podemos encontrar: pañales, filtros...

Métodos de esterilización:

- Flameado.

Empleado en los laboratorios de microbiología y consiste en pasar el material a esterilizar por la llama de un mechero de tipo Bunsen.

Material esterilizado: asas de siembra, pipetas, tubos de vidrio...

- Incineración.

Empleado para obtener la eliminación de residuos biopeligrosos mediante su combustión en hornos crematorios. Destruye los microorganismos por combustión.

- Horno Pasteur o estufa poupinel:

Consiste en calentar el interior de un aparato elevando su temperatura con energía eléctrica.

Dentro de este aparato es posicionado el material una vez limpio y seco sobre bandejas que pueden estar en diferentes alturas.

Material esterilizado: materiales fabricados en vidrio termorresistente, porcelana o acero inoxidable.

- Autoclave de vapor.

Método más empleado en el servicio de esterilización. Se utiliza vapor saturado para producir hidratación en las células microbianas.

Requiere 134 °C en un tiempo de 7 a 10 minutos.

121 °C en un tiempo de 20 minutos.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo titulado "El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de esterilización" el procedimiento de esterilización es un método utilizado con la finalidad de eliminar todos los microorganismos existentes en el material sanitario reutilizable en los diferentes procedimientos asistenciales o intervencionistas. Además de la esterilización también puede ser utilizados los métodos de limpieza o descontaminación y la desinfección; sin embargo, estos procedimientos no consiguen eliminar en su totalidad la presencia bacteriana, sino que consigue disminuirla.

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos demuestra la necesidad de conocer las características de los materiales que van a ser esterilizados para utilizar un método u otro, ya que no todos los materiales son aptos para todos los métodos empleados.

6 Bibliografía

1. Guillamas. C, Gutiérrez. E, Hernando. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
2. Pardo, A. Pulido, M.D. Salud laboral: prevención de riesgos laborales. España. Formación continuada logoss, S.L. 2010.
3. Pérez, E., Fernández, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education

Capítulo 98

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE LA PIREXIA DE LOS PACIENTES

COSME DAMIÁN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

PAULA VICIOSO SÁNCHEZ

INMACULADA LOPEZ GARCIA

ANGELICA RUANO ORTEGA

NATALIA RUBIO JIMÉNEZ

1 Introducción

Pirexia o fiebre, son las designaciones que le da la medicina y que corresponderá a un acrecentamiento de la temperatura corporal elevada por encima de lo normal, que serían los 37 °C. No es una patología la fiebre por sí sola, cuando se presenta es una señal de que algo, le está pasando al organismo, ya que la pirexia o fiebre es un sistema de defensa de nuestro propio cuerpo, contra un agente interno o externo.

Definición simple: Incremento de la temperatura corporal en respuesta a una elevación del punto fijo del Centro Termorregulador (CTR) hipotalámico. Sobre 37,5° de temperatura axilar hablaremos de pirexia. En cambio, entre 37° y 37,5°, hablaremos de febrícula.

Es un síntoma/signo de gran incidencia en la población y que es uno de los principales motivos de la asistencia a consulta en la población por regla general.

La pirexia no incurre ni sería un motivo o una condición de gravedad para considerar por sí misma, pero si logra ser el modo que tiene nuestro cuerpo y organismo de decir y manifestar que podríamos estar desarrollando o que ya tenemos, una patología más grave que la fiebre en sí. Por otra parte, su posible gravedad logra inclusive verse alterada por las posibles patologías crónicas que afectan al paciente enfermo (neumopatías, o cardiopatías, epilepsia, o patología endocrina entre otra, etc.).

La importancia clínica de la pirexia o fiebre alta radica en que, siendo un signo muy fácil y preciso de lograr ver y poder comprobar, es un buen indicador de patología y enfermedad, ya que no está expuesto a las variaciones emocionales. Asimismo, es muy útil para saber con exactitud la gravedad de este cuadro febril, estudiar la evolución de la patología o enfermedad y su posterior respuesta al tratamiento.

2 Objetivos

- Exponer las posibles causas de pirexia o fiebre.
- Aprender a diferenciar el concepto de pirexia e hipertermia por parte del Técnico en cuidados de enfermería.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, ministerio de sanidad y consumo y diferentes páginas referentes a sintomatología y características de la Pirexia, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las infecciones o contagios ya estén estas en la categoría de bacterianas o de virales son los principales orígenes que nos hallamos a la hora de que se presente

el estado de fiebre alta o pirexia. Continuando con los segundos orígenes en incidencia, aunque, mucho menos comunes, son la posibilidad de que se ostente por parte del paciente neoplasias y las enfermedades o patologías inflamatorias sistémicas (enfermedad inflamatoria intestinal, lupus, o inclusive artritis reumatoide). Otras un poquito menos normales o comunes son pirexia o fiebre alta por fármacos, infarto del miocardio o también se logra dar a consecuencia de algún trauma.

Es esencial tener los conocimientos y lograr el diferenciar la pirexia o la fiebre alta con la Hipertermia, ya que en esta última que se menciona existe una subida al alza de la temperatura que no es controlada por la termorregulación hipotalámica, además esta situación logra en la gran mayoría de los sucesos ser para el afectado potencialmente mortal. La diferencia está dada por una exhaustiva y minuciosa historia clínica (una actividad física realizada excesivamente, o exposición previa al calor del ambiente excesivo (denominado golpe de calor), este suceso no da respuesta a la administración de los antipiréticos y no tanto en los registros térmicos o su patrón (salvo cuando la temperatura es mayor en elevación o igual a los 42 °C).

Cuando se da una temperatura del organismo corporal tomada o considerada central menor de los 35° C, estaremos hablando de hipotermia, la cual podría estar originada por exposición a unos ambientes con temperatura en el ambiente demasiado baja, así como a ciertas condiciones consideradas como patológicas, como logran ser un shock, una sepsis, o mixedema o las drogas como el alcohol, los anestésicos, o inclusive los psicofármacos.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la importancia de lo que nuestro propio cuerpo o nuestro propio organismo nos da a entender este con sus mecanismos nos pone sobre aviso, al despertar el proceso de la pirexia llegamos a la conclusión de que tomando como referencia estos síntomas, signos y patrones, podemos llegar a establecer un diagnóstico verdadero de la etiología de la fiebre o pirexia, como también de la hiperpirexia y ya con un diagnóstico, descartar patologías o que nos lleve a otras patologías más graves que se puedan estar dando en nuestro organismo y no dieron la cara todavía, esto será debido y posible a la observación de síntomas como la deshidratación y se deberá comenzar a buscar la probable patología de la que es originaria la pirexia siempre concluyendo con un examen físico completo.

6 Bibliografía

1. <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/Carrera-Medicina/MEDICINA-I/semio/pirexia.pdf>.
2. <http://semiologia.med.uchile.cl/general/pirexia/>.
3. García Puga J. M., Garrido Torrecillas F. J., Hernández Morillas D., Castillo. Díaz L., Santos Pérez J. L., Callejas Pozo J. E. et al. Análisis del conocimiento y manejo de la pirexia por parte de pediatras y residentes en relación a un proceso asistencial establecido. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2012 Jun [citado 2022 Jul 05]; 14(54): 115-126. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000300004&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000300004>.

Capítulo 99

LA IMPORTANCIA DE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

AROA REGUERO SUAREZ

1 Introducción

Es muy importante tener un plan de limpieza y desinfección correcta en las instalaciones hospitalarias, ya que su objetivo es asegurar a todos los usuarios que acudan al hospital, una estancia que se vea totalmente limpia y sobre todo lo mas desinfectado que sea posible, es muy importante, ya que con un plan adecuado de limpieza y desinfección lograremos reducir todo lo posible las posibilidades de una contaminación cruzada como la posibilidad de transmitir enfermedades así como eliminar la suciedad del medio ambiente.

Es muy importante realizar un protocolo adecuado para la realización correcta de las limpiezas y desinfecciones en el medio hospitalario , Existen dos tipos de limpieza a resalta una limpieza que es de forma rutinaria que consiste en la limpieza básica que se realiza diariamente y las limpiezas mas profundas llamadas limpiezas terminales que se realizan cuando el paciente se va de alta de manera mas comprometida (colchones, paredes, mobiliario etc.)

Siempre debe realizarse las limpiezas desde las zonas menos sucias a las más sucias y de las más altas a las más bajas en una sola dirección sin retroceder.

Es importante fregar con abundante agua, detergente y siempre paños limpios para remover las suciedades que encontremos y sobre todo los microorganismos esto debe realizarse antes del proceso siguiente que es el de la desinfección

2 Objetivos

Es importante analizar y describir el protocolo utilizado a la hora de realizar la limpieza y la desinfección de las aéreas sanitarias y la importancia de las mismas, ya que evitaremos infecciones.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se realiza varias búsquedas bibliográficas diferentes artículos de las revistas científicas nacionales, así como en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Elsevier, el buscador Google Académico. Con el objetivo de buscar la información más reciente del tema a tratar empleando descriptores como: enfermería , limpieza, desinfección ,microorganismos, infecciones.

4 Resultados

Las instalaciones hospitalarias son un gran foco de microorganismos por eso se demostró que la limpieza y la desinfección en las instalaciones de los hospitales es muy importante, ya que las superficies pueden ocasionar un riesgo mínimo de una transmisión directa de las infecciones, pero si pueden ayudar a ocasionar una contaminación cruzada secundarias mediante las manos del equipo profesional de enfermería, mediante instrumentos sanitarios o productos ya contaminados, Y es que gracias a ella podemos prevenir muchas infecciones nosocomiales que, a la larga, pueden suponer un gran impacto económico en el sistema sanitario. Otros buenos resultados obtenidos fueron algunos detalles a la hora de realizar la limpieza previamente el personal de limpieza debe tener en cuenta el lavado de manos, ya que estas tienen que estar limpias en todo momento, también es muy importante a la hora de realizar la limpieza es tener nuestro cabello siempre que sea posible recogido tener las uñas siempre limpias y recortadas y sin ningún tipo de esmalte, y a los hombres siempre le aconsejaremos a tener el pelo y la barba lo mas corta posible

Los buenos resultados también se observaron en la calidad de la garantía que tenga la propia empresa de limpieza contratada por el personal sanitario ,el material utilizado durante todo el día y siempre limpios a la hora de empezar la jornada, por eso es importante escoger una buena compañía de limpieza y que esta cumpla todas las reglas sanitarias .

También fue muy importante la formación del equipo de limpieza de los hospitales, ya que deberán utilizar el equipamiento y los materiales utilizados para la propia limpieza y desinfección de una manera correcta, gracias a ello se pudo demostrar la reducción de los costes hospitalarios

5 Discusión-Conclusión

La gran importancia que tiene un protocolo destinado a la limpieza y desinfección de las instalaciones hospitalarias, ya que nos garantiza una gran seguridad a todos los usuarios que acuden al hospital como no menos importante al personal sanitario que trabaja en él así evitaremos que no aumente el riesgo de contraer nuevas infecciones por culpa de los agentes patógenos, siendo muy importante desinfectar todas las instalaciones que estén en contacto con los pacientes varias veces al día evitando siempre superficies muy mojadas , superficies del hospital con polvo, pésimas condiciones de las superficies del hospital ,Materia orgánica en las superficies, etc.

6 Bibliografía

1. Resolución WHA72.6 sobre la seguridad del paciente. 72ª Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado 16 agosto 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf?ua=1
2. Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud 2015- 2020 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016 [citado 20 agosto 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf
3. UNE – EN ISO 13408 – 4: 2011. Procesado aséptico de productos para la salud. Parte 1: Requisitos generales.
4. Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos. Recomendaciones para la desinfección y esterilización de los materiales sanitarios [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017 [citado 18 agosto 2020]. Disponible en: http://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/content_images/recomendaciones_desinfeccion_y_esterilizacion_materiales.pdf

Capítulo 100

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL AMBITO SANITARIO: FASES DEL TRATAMIENTO EN LA ANOREXIA NERVIOSA

M PRADO SÁNCHEZ DÍAZ TOLEDO

M ÁNGELES DIAZ-MEDINO MURCIA

M MERCEDES SANCHEZ CASADO

ROCIO DEL POZO CABALLERO

FERNANDA RAQUEL ARIAS ROMERO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar las funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en las distintas fases que comprende el tratamiento que debe llevar a cabo un paciente (que requiere ser hospitalizado en la unidad de trastornos alimenticios) que presenta anorexia o anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa no es una enfermedad de reciente aparición sino una enfermedad con largo recorrido histórico:

-En la antigua Grecia (Hipócrates) habla en su libro Aforismos de personas que aborrecían cualquier tipo de alimento y se negaban a comer.

-En la edad media, se llega a llamarla la santa anorexia porque hay muchas personas relacionadas con el ámbito religioso que la padecen (santa Catalina de Siena, santa Rosa de Lima), santa Catalina de Asís, santa Teresa de Ávila, etc.).

- Siglo XIX aparece por primera vez la descripción de la anorexia nerviosa (como la conocemos actualmente) en manos de Richard Morton en su obra *A Treatise of Consumptions*.

El tratamiento del paciente con anorexia (trastorno alimenticio) está basado en la recuperación biológica para la preservación y restauración de la salud), psicológica y familiar del paciente a través de una alimentación supervisada, terapia cognitivo-conductual individual y grupal, en algunos casos tratamiento farmacológico y la educación de la familia.

2 Objetivos

- Dar a conocer las principales actuaciones que se llevan a cabo durante las tres fases del tratamiento hospitalario a pacientes con anorexia por parte de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería.

3 Metodología

Hemos realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el servicio de hospitalización en la unidad de trastornos alimenticios, anorexia, historia a lo largo de la historia de la anorexia y fases del tratamiento hospitalario a pacientes con anorexia nerviosa.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban: : funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el servicio de hospitalización en la unidad de trastornos alimenticios, anorexia, historia a lo largo de la historia de la anorexia y fases del tratamiento hospitalario a pacientes con anorexia nerviosa, 10 años de antigüedad.

4 Resultados

-Fase de realimentación del paciente (de duración aproxima de una semana):

En esta fase los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería lo que tienen que realizar es una vigilancia estricta en la alimentación, pesar al paciente todos

los días antes del desayuno tras la ducha, control estricto de las visitas al baño (para que no se provoquen el vómito, control estricto de que el paciente realice el reposo después de las ingestas (en silla o cama de su habitación), tomar las constantes vitales tres veces al día, asegurarse de que no realiza ejercicio físico, controlar las horas de sueño y garantizar que ingiere los suplementos proteicos que tiene prescritos. Los T.C.A.E.s tienen que tener muy claro que el paciente no puede recibir visitas ni llamadas, ni permitir que hagan llamadas ni salir de la habitación.

-Primera Fase: (desde la finalización de la fase de realimentación hasta que el paciente alcance un tercio del peso requerido).

Los T.C.A.E.s deben mantener el control de la alimentación (especificando que tipo de alimento ingiere y si necesita suplementos proteicos la cantidad que toma de ellos), la supervisión del baño(siempre con puerta abierta, el paciente no puede tirar de la cisterna hasta que se compruebe que no hay vomito),del reposo obligatorio después de las ingestas (en sillón o cama en la habitación), del peso diario nada más levantarse antes de ir al baño, asegurarse que no realiza ejercicio físico, controlar que el paciente no sale de la habitación, control de horas de sueño, etc. (Debe tener en cuenta que el paciente sigue sin poder recibir ni realizar llamadas ni recibir visitas).

-Segunda fase:

Los T.C.A.E.s deben seguir controlando la alimentación de los pacientes, pesar a los pacientes tres veces por semana (no necesariamente a primera de la mañana), controlar el reposo tras las ingestas (este puede realizarse en salas comunes), controlar que no realice ejercicio físico, control de las horas de sueño, etc. (Debe conocer que el paciente puede recibir 3 llamadas a la semana , salir de la habitación y recibir visitas el fin de semana).

-Tercera fase:

Los T.C.A.E.s deben controlar la alimentación, pesar a cualquier hora al paciente (dos veces por semana), controlar el reposo tras ingestas, controlar la cantidad de ejercicio que realiza el paciente, etc. Debe conocer que en esta fase los pacientes no tienen restricción de llamadas ni de visitas.

-Cuarta fase o de mantenimiento de la conducta alimentaria normalizada:

Cuando el paciente vuelve de los permisos domiciliarios, el TCAE debe comprobar que mantiene el peso con el que se marchó de permiso y anotarlo en la historia del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La recuperación de los pacientes que padecen anorexia nerviosa es un proceso muy largo que pasa por diferentes fases, fases que debe conocer el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería y las funciones principales que debe llevar a cabo durante cada una de ellas (por ejemplo que en la fase de iniciación y primera fase debe realizar el peso del paciente todos los días antes de que el paciente vaya al baño), en que fase el paciente puede realizar de forma controlada ejercicio físico, cuando el paciente puede recibir llamadas(para no caer en la posibilidad de que nos engañe el paciente), etc.

6 Bibliografía

Wikipedia <https://revistas-portalesmedicos.com>

<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

<https://www.auxiliar.enfermeria.com>

Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill. <https://ingesa.sanidad.gob.es/ciudadanos/suSalud/jovenes/anorexia/aspectosHistoricos.htm#:text=Los%20primeros%20textos%20que%20describen,al%20caso%20de%20Miss%20Duke>.

<https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/moleqla/documentos/Numero20/Destacado-2.pdf>

<https://itasaludmental.com/tratamientos/anorexia/fases-de-recuperacion-de-la-anorexia>

Capítulo 101

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS

SARA GALDÓN GARCÍA

MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA

MARIA ESTHER FUNCIA LARGO

M^a NURIA GARCÍA FERNÁNDEZ

MARIA YOLANDA CASTELLANOS RUF

1 Introducción

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en las consultas médicas de Atención Especializada va a depender de la consulta en la que se encuentre, el TCAE realizará una función de acompañamiento al facultativo en las visitas con los pacientes además de ayudar al facultativo en lo que requiera. Las funciones específicas del TCAE en consultas externas, podemos resumir que van a ser las de asistir al Personal Auxiliar Sanitario Titulado en sus funciones respecto de aquellos enfermos que tienen un tratamiento o asistencia ambulatorio y la función general, es realizar todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del facultativo y

de la Enfermera. Puesto que son consultas específicas el TCAE necesitará conocer tanto las diferentes consultas como la función más destacada en cada una de ellas: aunque a nivel general podemos reseñar, que consiste en registrar, consultar la agenda, dar citas, sacar citas para el paciente además de lo que requiera a nivel asistencial y físico tanto el facultativo como el paciente. Hay que tener en cuenta que el TCAE nunca podrá cruzar las funciones que le corresponden al facultativo que suelen ser diagnosticar, derivar a otros especialistas, establecer un tratamiento o pedir la realización de pruebas necesarias.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del TCAE en las consultas externas.
- Indicar cuáles son las diferentes consultas externas.
- Explicar la importancia de los TCAE en las consultas externas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, vídeos y también artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema, en este caso: consultas externas, TCAE, Atención especializada.

4 Resultados

El TCAE puede trabajar en diferentes consultas a nivel hospitalario, en ellas habrá funciones específicas de cada área y funciones generales; podemos señalar que las consultas a las que se puede dedicar el TCAE pueden ser: Consulta de Dermatología, de endocrino, Traumatología, Servicios especiales de urología, entre otras.

Como funciones generales podemos reseñar:

- Recoger volantes de los pacientes cuando llegan a la consulta.
- Acompañar a los pacientes hasta dentro de la consulta.
- Ayuda a los pacientes a acomodarse tanto con en la camilla como en la silla (donde el facultativo requiera).
- Asistirá al facultativo en lo que necesite durante la exploración del paciente.

- Facilitará el material necesario tanto para enfermería como para el facultativo.
- Dará al paciente todos los documentos necesarios como recetas, consentimiento para algunas técnicas (como por ejemplo curas, recetas).
- Se encargará de mantener la consulta en buen estado, colocando todo en el lugar que le corresponde para que no falte nada.
- Tallar y medir al paciente cuando lo necesita la consulta.
- Tomar glucemias o tensión arterial cuando se necesite.
- Preparar las consultas del día siguiente (preparar historias clínicas y volantes para la próxima consulta).
- Imprimir volantes con las pruebas complementarias (radiografías, escáner, pre-operatorio, etc.).
- Ayudar a vestirse y desvestirse al paciente cuando lo requiere.
- Asistir a las reuniones interdisciplinarias cuando así se requiere por parte del profesional.

Todas estas funciones vienen recogidas en los artículos 74 al 84 del Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de la Seguridad Social. Este Estatuto se plasmó en una Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de Abril de 1973. Pero se ha promulgado el nuevo Estatuto Marco que afecta a todo el personal estatutario del SNS (Ley 55/2003 de 16 de diciembre).

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de la bibliografía pertinente podemos llegar a concluir que las funciones del TCAE en las diferentes consultas de atención especializada tienen características y funciones comunes, como ya hemos reseñado: Recibir al paciente, atender las necesidades del paciente por encima de todo, ayudar en todo lo que precisen tanto al facultativo como a la enfermera si la hubiese. Por lo tanto, resumimos que el trabajo en equipo interdisciplinar o multidisciplinar en la Sanidad es un elemento clave para la atención al paciente, y en las consultas externas es necesario que la relación TCAE - facultativo sea buena y precisa.

6 Bibliografía

1. Macmilan profesional. Autores: Carlos Galindo, Regina Cardelus, Agustín García, Manuela Heredia, Concepción Romo.
2. <https://www.formacionactivaprofesional.com>.
3. <https://www.fundacionsigno.com.PDF>.

Capítulo 102

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LA FOTOTERAPIA

SARA GALDÓN GARCÍA

MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA

MARIA ESTHER FUNCIA LARGO

M^a NURIA GARCÍA FERNÁNDEZ

MARIA YOLANDA CASTELLANOS RUF

1 Introducción

La fototerapia se define como un método comúnmente utilizado principalmente en unidades neonatales para poder reducir los niveles de bilirrubina en recién nacidos y a término. Es una de las técnicas más sencillas y consiste en aplicar de una luz a unos 30-40 cm de la superficie desnuda del recién nacido. La ictericia neonatal, una condición que requiere un tratamiento médico más cuidadoso y específico, es el síndrome más común que se presenta en el período neonatal. Este tipo de patología suele presentarse más en la primera semana de vida, aumentando la incidencia de pacientes prematuros en más de un 80%. El porcentaje de recién nacidos con ictericia neonatal es del 50-70% en los recién nacidos prematuros, donde la probabilidad de desarrollar ictericia aumenta significativamente. La fototerapia es el tratamiento más común y frecuente para los recién

nacidos. Se realiza sobre la piel desnuda del recién nacido, donde se aplica luz. Su efecto sobre el recién nacido es excretar bilirrubina en heces y orina. La ictericia neonatal se suele dar en las primeras semanas de vida de los recién nacidos. En la mayoría de los recién nacidos, la ictericia se trata de una situación leve y es algo meramente fisiológica.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la aplicación de fototerapia a un neonato en pediatría.

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, con palabras como “la ictericia del recién nacido en la unidad de pediatría”.

4 Resultados

La patología de la ictericia neonatal es la acumulación de bilirrubina en la sangre provocada por unos diversos cambios metabólicos provocados por diversos factores. La ictericia es una condición leve y solo fisiológica en la mayoría de los recién nacidos en ausencia de una condición preexistente. La ictericia neonatal suele presentarse en la primera semana de vida en los recién nacidos, este tipo de patología suele presentarse cuando no se ingiere adecuadamente la leche, el tránsito intestinal, que lo reduce, lo que aumenta la reabsorción de bilirrubina. En los primeros tres días, cuanto más amamanta el bebé y más defeca, más bajo es el nivel de bilirrubina.

La fototerapia es el tratamiento más común y frecuente para los recién nacidos. La ictericia neonatal es una condición que requiere un tratamiento médico más cuidadoso y específico.

En los cuidados y procedimientos de los técnicos auxiliares de enfermería durante los procedimientos de fototerapia encontramos lo siguiente:

- Seguimiento continuo de los recién nacidos para comprobar constantes.

- Se debe explicar a los padres el procedimiento y los beneficios de exponer a los niños a la fototerapia durante el mayor tiempo posible.
- El recién nacido recibe higiene diaria, evitamos untar el cuerpo con cremas, ya que puede haber riesgo de quemaduras, y se mantendrá la temperatura adecuada, cambio de posición y control.
- Siempre revisar la máquina antes de usarla.
- Los recién nacidos no deben usar ropa, deben usar gafas opacas y revisarlas en cada comida para asegurarse de que no bloqueen ni pellizquen las fosas nasales y el pañal.
- Para evitar el sobrecalentamiento, asegurar una distancia de al menos 5-8 cm entre la lámpara y la parte superior de la incubadora.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia la detención precoz, debido a su gran afección para en bebé, para evitar que surjan unas mayores complicaciones que pueden llegar a ser más graves y pueden ocasionar daños cerebrales con resultado de una parálisis, una pérdida auditiva, problemas en la visión, e incluso llegar a provocar una discapacidad intelectual.

Por eso el trabajo que desempeña un Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería (TCAE), es de vital importancia, ya que proporciona unos cuidados fundamentales y óptimos a los recién nacidos, en cuanto a la detección y prevención de los signos y síntomas que se puedan derivar de la ictericia neonatal en los recién nacidos.

6 Bibliografía

www.dialnet.org

www.scielo.org

Capítulo 103

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS ENEMAS

SARA GALDÓN GARCÍA

MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA

MARIA ESTHER FUNCIA LARGO

M^a NURIA GARCÍA FERNÁNDEZ

MARIA YOLANDA CASTELLANOS RUF

1 Introducción

Un enema puede ser definido como una solución acuosa que es administrada por el recto y el colon a través del propio ano, es conocido por tener un efecto modulador de la flora intestinal, lo que puede generar confusión con otro tipo de medicación como son los laxantes. La diferencia entre lo que es un laxante y lo que es un enema es que estos últimos no irritan el colon y afectan más la salud del paciente. Un enema se suele usar con fines terapéuticos o de diagnóstico; los conocidos como enemas purgantes son los que se utilizan para tratar cualquier estreñimiento.

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

- Limpieza del intestino para llevar a cabo un procedimiento quirúrgico, partos y diagnósticos.
- Ayuda a favorecer la expulsión de los gases y acrecentar los movimientos peristálticos del intestino.
- Facilitará en gran medida la evacuación de las heces o el reblandecimiento de estas.
- Introducción de soluciones con finalidad terapéutica.
- Mejorará el estreñimiento.

Los auxiliares de enfermería participan en la preparación y administración de los enemas, colaborando siempre con los conocimientos científicos y prácticos en la aplicación de la técnica correcta. Por esta razón, deben actualizarse constantemente en el método de administración del enema, ya que es posible lograr un resultado satisfactorio utilizando el procedimiento correcto con el paciente.

2 Objetivos

En este trabajo los objetivos serán conocer las funciones y técnicas por parte del auxiliar de enfermería en la aplicación de enemas.

3 Metodología

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

4 Resultados

El primer paso antes del enema de AN es preparar todo el equipo necesario, que incluye: solución de irrigación, sonda rectal, papel higiénico, kit de irrigación del sistema (recipiente y llave, manguera y aguja), equipo de protección, recipiente de goteo, guantes, gasas, parte inferior. Bandeja, Artículos de tocador, lubricante hidrosoluble, termómetro de agua. En cuanto al método del enema, debes prestar atención a los siguientes puntos:

- El soporte del sistema de enema debe colocarse a una altura de 40 cm.
- Lávese las manos y use guantes.

- Si es necesario, entregue al paciente un urinario y ayúdelo a ir al baño si está de pie.
- Si el paciente está postrado en cama, cúbralo con una sábana y colóquelo en posición recostada del lado izquierdo con la pierna derecha doblada sobre el ano.
- Recoger todo el material, quitarse los guantes, lavarse las manos y documentos y comunicar eventos, eficacia...
- Realice la técnica de soplado rectal. La sonda insertada tiene una longitud de 7,5 a 10 cm. Apto para adultos de 5 a 7,5 cm. Se adapta a niños de 2,5 a 3,75 cm.

Lactantes

- Preparar la solución prescrita a la temperatura adecuada (37° a 40°C).
- Después de administrar la dosis, se cierra la válvula para evitar la entrada de aire y se retira con cuidado el tubo.
- Mantener al paciente en una posición cómoda y correcta.
- Lubrique la punta de la sonda, luego avance suavemente el catéter hacia arriba y hacia atrás dentro del recto. Nunca fuerce la sonda en él.
- Si es necesario, desinfecte el área genital y anal.
- Si el paciente se queja de dolor o no puede sostener el enema, detenga el flujo de líquido y pídale que respire profundamente y se recupere lentamente.
- Si es necesario, limpiaremos la zona anal del paciente.
- Explique al paciente lo que se hará y por qué, y trate de que coopere.
- Purgue las mangueras del sistema hasta que el fluido fluya y se comprima.
- Durante el enema de limpieza o el tiempo indicado en el enema de retención, el paciente debe dejar de ducharse de 5 a 10 minutos.
- Revisamos las heces e informamos a la enfermera.
- Si el paciente puede estar de pie, realizamos un enema de pie con el torso ligeramente doblado.
- Publicar soluciones de gestión y sistemas.
- Conectamos la sonda rectal al sistema de riego.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es necesario en la realización de enemas, porque al administrar enemas de limpieza, hace que se limpie el recto y el colon en caso de que el paciente necesite una cirugía en el futuro.

Por este motivo, es muy importante tener en cuenta a la hora de realizar un enema que se debe forzar el enema cuando se introduce, esto provocará una parada inmediata de la técnica y del personal médico. lo antes posible. Los Auxiliares

de Enfermería deben estar bien preparadas y entrenadas para realizar enemas, conociendo las ventajas y desventajas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 104

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: ARREGLO DE LA CAMA HOSPITALARIA

M PRADO SÁNCHEZ DÍAZ TOLEDO

M ÁNGELES DIAZ-MEDINO MURCIA

M MERCEDES SANCHEZ CASADO

ROCIO DEL POZO CABALLERO

FERNANDA RAQUEL ARIAS ROMERO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar las normas generales que debemos seguir los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería a la hora de llevar a cabo el arreglo de la cama hospitalaria, ya que una de las funciones que llevamos a cabo en hospitalización es la realización de la cama.

Pero, ¿qué se entiende por cama hospitalaria?

La palabra cama procede del vocablo *camba* del celta hispano latinizado.

Atendiendo al diccionario de la Real Academia Española decir que una cama es un mueble (que puede ser de diferentes materiales como madera, hierro, etc.) destinado a que los pacientes se acuesten en él (para dormir, descansar, realizar

el reposo prescrito o la recuperación de las patologías que presente), formada por una estructura con patas, sobre la que se colocan un somier, un colchón, almohada y diversas ropas (protector, sábanas, mantas, colchas, etc.).

Por otra parte, podríamos decir que una cama hospitalaria es la plaza que ocupa un paciente en un centro hospitalario (donde no se incluyen ni las cunas de los recién nacidos sanos, ni las camas que hay en el servicio de urgencias, ni las camas de los acompañantes de los pacientes, ni las camas ocupadas por el personal sanitario y no sanitario del centro hospitalario y donde si se incluyen las incubadoras fijas con las que cuente el centro hospitalario).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Desarrollar las normas generales que deben cumplir los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para llevar a cabo el arreglo de la cama hospitalaria.

Objetivo secundario:

- Poner en valor la figura del TCAE dentro del ámbito sanitario.

3 Metodología

En la revisión bibliográfica necesaria para la realización de este capítulo hemos utilizado:

Bases de datos: Google académico y Dialnet, WorldWidedeScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, etimología de cama, definición de cama, cama hospitalaria, que camas se consideran camas hospital rías y normas generales en el tendido de cama.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, etimología de cama, definición de cama, cama hospitalaria, que camas se consideran camas hospital rías y normas generales en el tendido de cama, artículos en castellano que como máximo tuvieran menos de 7 años de antigüedad.

4 Resultados

Puesto que la cama hospitalaria es el lugar donde el paciente en la mayoría de las ocasiones pasa la mayoría del tiempo, debe estar siempre limpia (que no pueda

suponer ningún foco de infección para el paciente), sin arrugas (que le puedan producir úlceras por presión), para que el paciente se sienta cómodo y tenga una pronta recuperación.

Normas generales que deben cumplir los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en el arreglo de camas:

- El cambio de la ropa de la cama debe ser realizado por la mañana tras el aseo del paciente encamado o la ducha del paciente (cuando este se pueda levantar de la cama) y tantas veces sea necesario por encontrarse manchada o mojada. Tras el alta de un paciente para dejar la cama preparada para ser ocupada por un nuevo paciente.
- Para el cambio de ropa de cama, se debe emplear un carro con la ropa limpia (cubre colchones, sábanas, fundas almohadas, etc.) y otro para la ropa sucia (donde se va introduciendo la ropa que se va quitando de las camas).
- Los carros tanto de ropa limpia como de ropa sucia nunca se deben pasar dentro del habitáculo, deben permanecer en el pasillo para evitar la transmisión de infecciones de unos pacientes a otros.
- Antes de iniciar el proceso de cambio de ropa de cama, el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería debe llevar a cabo el lavado higiénico de manos y ponerse los guantes, coger la ropa necesaria del carro de la ropa limpia dejarla al lado de la cama que va a cambiar, quitar la ropa sucia, depositarla en el carro para ropa sucia, quitarse los guantes, nuevamente lavarse las manos, ponerse los guantes y poner la ropa limpia en la cama (hacer la cama).
- Siempre antes de iniciar el proceso de cambio de ropa de cama hay que presentarse, explicar el procedimiento al paciente y pedirle su colaboración (sobre todo si está encamado).
- Se debe colocar la cama en posición horizontal (Si el paciente está encamado y no puede levantarse hay que cerciorarse que no tiene contraindicada esta posición).
- Cerciorarse que ni el cubre colchón, ni la sabana bajera ni en la entremetida que no hay arrugas, que puedan producir molestias al paciente o favorecer las irritaciones y las úlceras tanto por roce como por presión.
- La sábana encimera, la manta y la colcha deben estar dispuestas de tal forma que cubran hasta los hombros del paciente y de se deben ajustar bajo el colchón (en la piecera) sin remeter ni la sábana, ni la manta ni la colcha por los lados.
- El técnico en cuidados de auxiliar de enfermería debe evitar que la ropa de cama sucia entre en contacto con su uniforme y tampoco debe dejarse ni en el suelo del habitáculo ni sobre otra cama.
- La ropa sucia nunca se debe agitar, de esta forma se evita la dispersión de los posibles microorganismos que posea en el aire.

- El cambio de ropa de la cama debe realizarse con celeridad, con precisión, evitando movimientos bruscos en los paciente encamados.
- Se debe preservar la intimidad del paciente por ello es necesario la utilización de biombo o recorrer cortinas de separación.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería debemos conocer y aplicar todas y cada una de las normas generales para llevar a cabo el cambio de ropa de la cama, esto ayudará a evitar otras patologías al paciente (entre las que podemos mencionar infecciones, úlceras por fricción, úlceras por presión, etc.).

El que los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería tengamos estos conocimientos y saber llevar a cabo su aplicación contribuirá a la realización de sus funciones de forma efectiva ayudando junto con el resto de profesionales del ámbito sanitario a ofrecer al paciente un servicio sanitario de gran calidad que le permitirá recuperarse lo antes posible.

6 Bibliografía

Wikipedia <https://revistas-portalesmedicos.com>

<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

<https://www.auxiliar.enfermeria.com>

Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill. <https://iedra.es/palabras/cama>

Capítulo 105

EL SERVICIO DE MAXILOFACIAL Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA BELEN PATÓN GÓMEZ

PILAR BERMAL MORA

MARIA MONTARROSO TORRES

MARIA ISABEL FERNANDEZ MAYORAL

CARMEN ERNESTINA NOVALBOS MUELA

1 Introducción

Cuando nos referimos a la Cirugía Maxilofacial, estamos hablando de una cirugía que abarca un campo bastante amplio. Dentro de esta especialidad nos encontramos con algunos campos mucho más específicos dentro de esta cirugía como son la Cirugía Maxilofacial Oncológica y la Cirugía Maxilofacial.

No debemos pensar solamente que se trata de una cirugía en lo referente a la mandíbula ya sea superior o inferior. Si ahondamos más en tema veremos que intervienen algunas partes más del cuerpo; cabeza, cara, cuello, huesos maxilares, dientes y cavidad oral. Este tipo de cirugía han avanzado mucho en los últimos tiempos, y para realizarlas se requiere una gran sutileza por parte del cirujano. La cirugía maxilofacial puede emplearse en casos de oncología, cirugía reconstructiva facial anomalías dentolabiales, entre muchas otras.

Para que estas operaciones se puedan ver realizadas en todo su contexto de preparación, intervención y posterior cuidado, el cirujano necesita disponer de un buen equipo que sea competente de enfermería. En ello incluimos a la figura del Técnico Cuidados auxiliares de Enfermería.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe proporcionar todo su apoyo y ayuda al paciente de manera siempre positiva, ya que los resultados que se van a obtener y conseguir son de lo más beneficioso para la autoestima del paciente en lo que a la resolución de su patología o al cambio en la apariencia física que va a experimentar.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Exponer la responsabilidad específica en esta cirugía del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Objetivo secundario:

Destacar la importancia del apoyo y acompañamiento al paciente sometido a este tipo de cirugía

3 Metodología

Para la elaboración de este presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación y una revisión bibliográfica de artículos en una búsqueda sistemática en las bases de datos SciELO y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se utilizan textos en formato papel y en formato digital.

Palabras claves: cirugía oral, técnico en cuidados, maxilofacial entre otros.

4 Resultados

Siempre partiendo de la base de que es una cirugía, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será el encargado de que, en el quirófano, a la hora de la intervención, esté todo en perfecto estado tanto de desinfección, funcionamiento y con todo el material necesario y dispuesto para su uso.

Durante la intervención ayudará si es requerido al resto de personal en lo que le soliciten. El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las intervenciones maxilofaciales debe disponer del todo el conocimiento del instrumental específico que se va a requerir o que pueda necesitarse, ya que es fundamental que conozca y lo tenga en todo momento controlado.

Para que se pueda llevar a cabo estas funciones es necesario que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería haya recibido una formación, ya que esto además de facilitar su labor, le ayuda a entender el porqué del uso de un cierto instrumento u otro. A la hora de la finalización de la intervención los pacientes, al igual en otras cirugías, deben de ser vigilados por el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Nos podemos encontrar con vómitos y fiebre que son normales en estas clases de cirugías. El paciente estará muy resentido y dolorido en la zona bucofaríngea debido a la intubación y al instrumental utilizado. Cuando le llevamos a su habitación es posible que no pueda comunicarse.

Cuando se esté recuperando y ya pueda comenzar a tolerar alimentos, se comenzará con una dieta que primeramente será líquida y luego progresivamente se irán incluyendo alimentos, pero siempre blandos para ayudar a la masticación. La dieta siempre va a depender de la zona que ha sido afectada y en vista a eso tardará más o menos tiempo en pasar a semi blanda pudiendo pasar entre un mes o más hasta que pueda tomar dieta semi blanda antes de pasar a dieta sólida.

5 Discusión-Conclusión

Seguiremos unas pautas y protocolos específicos con el cuidado posterior a esta operación. El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería junto a la enfermera darán también las recomendaciones y actuaciones que tenga el paciente que realizar referente a su propio cuidado, cuando llegue el momento del alta.

Uno de los aspectos que más tienen en consideración los pacientes es el papel de Técnico en cuidados auxiliares de enfermería a la hora de comprender, apoyar y acompañarle después de haberse sometido a una cirugía maxilofacial, ya que se siente impotente porque tiene afectada una parte de su cuerpo fundamental como es la zona de la boca.

Esto le imposibilita para comunicarse con el habla y comer. Concluimos que los cuidados después de la operación y en la hospitalización por parte del Técnico

en cuidados auxiliares de enfermería son de vital importancia a la hora de que el paciente se encuentre a gusto y menos intranquilo por el resultado de la intervención que se le ha practicado.

6 Bibliografía

1. quirurgicos/cirugia-oral-maxilofacial.
2. <https://www.salusplay.com/apuntes/quiropano-y-anestesia/tema-11-entorno-quirurgico-material-e-instrumental-limpieza-y-esterilizacion>
3. <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-cirugia-oral-y-maxilofacial-DDIMPORT-055827/>
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 106

LA ERGONOMIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA BELEN PATÓN GÓMEZ

PILAR BERMAL MORA

MARIA MONTARROSO TORRES

MARIA ISABEL FERNANDEZ MAYORAL

CARMEN ERNESTINA NOVALBOS MUELA

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 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:

Minimizar los riesgos por medio de la formación adecuada y personal oportuno.

Profundizar en las medidas para prevenir lesiones en el aparato musculoesquelético.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática 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, 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 conllevan problemas musculoesqueléticos con el paso del tiempo.

Dentro de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encuentran 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 puestos 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 kg. 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 elim-

inar 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 conclusión, 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

Bobadilla Zamora, A. J. (2018). Medidas ergonómicas sobre la higiene postural desde una perspectiva enfermera.

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.

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.

Capítulo 107

LA ALIMENTACIÓN ENTERAL Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA BELEN PATÓN GÓMEZ

PILAR BERMAL MORA

MARIA MONTARROSO TORRES

MARIA ISABEL FERNANDEZ MAYORAL

CARMEN ERNESTINA NOVALBOS MUELA

1 Introducción

La nutrición enteral es una técnica de soporte nutricional que consiste en proporcionar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal, normalmente mediante una sonda. No se contempla como nutrición enteral cuando se administran oralmente las fórmulas artificiales. Por fórmula enteral se entiende aquel producto constituido por una mezcla definida de macro y micronutrientes.

Actualmente y debido a las evidencias y a la práctica, sabemos que puede tener unos efectos muy negativos y que la desnutrición produce en su proceso, de un gran número de enfermedades y especialmente en el curso de la enfermedad y sobre todo y más destacable en los pacientes muy graves o críticos. La corrección y la prevención de estas carencias nutricionales bajará el riesgo de desarrollar complicaciones, lo que nos derivará en un descenso de la morbilidad.

Respecto a los pacientes críticos es de gran importancia a destacar que, dependiendo de su estado nutricional, va a ayudar a la recuperación o no de su enfermedad además de la curación de úlceras por presión o a la cicatrización de las heridas sera para el personal sanitario una prioridad mejorar y restablecer el estado nutricional del paciente y que no aparezca o aumente la desnutrición a partir de ahí se podrá valorar y poner en práctica el tratamiento.

La aplicación de este soporte nutricional es una técnica y un procedimiento terapéutico más, con sus indicaciones, contraindicaciones, técnicas especiales, que debe ser aplicado de forma rápida y a un gran número de pacientes.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Exponer las indicaciones a seguir de la nutrición enteral.

Objetivos secundarios:

Valorar las ventajas y desventajas de la aplicación de la nutrición enteral.

Aplicar las técnicas de las formas menos invasivas y fisiológicas.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. La búsqueda se ha realizado en formato papel y digital.

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras claves: técnico en cuidados auxiliares, nutrición enteral, alimentación oral forzada entre otros.

4 Resultados

Cuando hablamos de la nutrición enteral podemos decir que esta técnica de soporte nutricional mediante la cual al realizarla se añaden sustancias nutritivas al

aparato digestivo directamente, se realiza a través de sondas insertadas por vía nasal o por gastroenterostomía. Puede darse esta administración también por vía oral, entre sus inconvenientes destacan el sabor y la anorexia. Indicaciones de la nutrición enteral.

Sabemos que se han considerado contraindicaciones de la nutrición enteral algunas patologías como pueden ser la peritonitis, el íleo paralítico o la pancreatitis entre otras. La obstrucción intestinal es a día de hora la que se considera con una contraindicación absoluta para la administración de nutrición enteral.

Todos los pacientes deben recibir nutrición enteral siempre u cuando presenten imposibilidad para la adecuada aportación de nutrientes. (laringectomía, anorexia nerviosa, pacientes quemados, etc.). Puede utilizarse no solo para cubrir la totalidad de los requerimientos nutricionales (nutrición enteral total o exclusiva), sino también para complementar una ingestión deficiente de nutrientes y/o líquidos (nutrición enteral parcial). La gran mayoría de los pacientes críticos son incapaces de alimentarse por ellos mismos, por lo que la nutrición enteral deberá realizarse por vía enteral y/o intravenosa.

La nutrición enteral tiene diversas ventajas sobre la nutrición parenteral:

- Efecto trófico: Respecto a los nutrientes se considera que están ausentes en la luz intestinal y que provoca la atrofia de las vellosidades intestinales, que se mantienen intactas estructuralmente con la presencia de los mismos.
- Efecto barrera: En el modulador del catabolismo proteico tiene un papel muy importante el intestino, que pone límites a la implantación y proliferación de gérmenes y actúa de modulador inmunológico.
- Aporte al intestino de nutrientes específicos: Se consigue mejor utilización de las sustancias nutritivas. Por lo que su función es más fisiológica, ya que favorece la motilidad intestinal - Mayor seguridad. Se evita el riesgo de sepsis por catéter de la nutrición parenteral.
- Menor número de complicaciones, y si las hay, son generalmente de menor gravedad.
- Disminuye la posibilidad de hemorragias digestivas, gracias a la neutralización del jugo gástrico.
- Es menos costosa y más fácil de administrar, ya que no requiere las técnicas

complejas de asepsia ni el personal médico que se requiere para la nutrición parenteral.

Las contraindicaciones de la nutrición enteral pueden ser entre otras cuando el tracto gastrointestinal no está funcionando o que por vía oral los pacientes no son capaces de ingerir los nutrientes necesarios para cubrir sus requerimientos nutricionales:

1. Absolutas. Perforación intestinal, íleo paralítico, vómitos incoercibles, hemorragia digestiva, obstrucción intestinal.
2. Relativas. Síndrome de intestino corto, fistulas yeyunales, enfermedad inflamatoria intestinal en fase aguda, pancreatitis aguda grave.

5 Discusión-Conclusión

En lo referente a las investigaciones realizadas y a las evidencias de la práctica clínica, cabe destacar el papel que cumple la técnica de la nutrición enteral en el paciente.

Debemos tener el conocimiento de que no solo se usa esta técnica para alimentarse, sino que es de vital importancia a la hora de restituir las deficiencias nutricionales que requiere el paciente, sea para aportar nutrientes o para darle un aporte específico para la recuperación de, por ejemplo, las heridas crónicas o la aparición de úlceras por presión.

Si el aporte es correcto y el tratamiento es seguido según pautas, derivará en una mejora de la patología, en la recuperación de la desnutrición (si la padeciese) o en evitar incurrir en ella.

6 Bibliografía

1. http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/nutricion_ental.doc
2. https://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/nutricion_ental.pdf
3. http://www2.enfermeriacantabria.com/web_cursos/enfermeria/docs/MODULO_4_3.p

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 108

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: LA IMPORTANCIA DE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL INSTRUMENTAL SANITARIO

M PRADO SÁNCHEZ DÍAZ TOLEDO

M ÁNGELES DIAZ-MEDINO MURCIA

ROCIO DEL POZO CABALLERO

FERNANDA RAQUEL ARIAS ROMERO

M MERCEDES SANCHEZ CASADO

1 Introducción

Una de las funciones que llevamos a cabo los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería es la limpieza y desinfección del instrumental utilizado en pruebas, curas, intervenciones quirúrgicas, etc. Por eso, en este capítulo hemos decidido desarrollar las normas básicas para realizar una limpieza y desinfección efectiva del instrumental sanitario.

Pero, ¿Qué se entiende por limpieza? ¿Qué se entiende por desinfección?

Como respuesta a la primera pregunta podríamos decir que el sustantivo femenino limpieza está formado a partir de la raíz del adjetivo limpio (proveniente del vocablo latino *limpidus*, que se traduce en castellano por sin manchas) más el sufijo *eza* (cualidad de). Por tanto, atendiendo a su etimología podríamos decir que limpieza es la cualidad de dejar sin manchas algo, pero en el ámbito sanitario (instrumental) se emplea el término de limpieza para referirse al proceso previo antes de iniciar la desinfección del instrumental.

Como respuesta a la segunda pregunta podríamos decir que el sustantivo femenino desinfección es una palabra compuesta (des más infectar, esta última proveniente del vocablo latino *infectare*). La desinfección es el proceso posterior a la limpieza consistente en la eliminación y/o limitación de cualquier microorganismo (dentro de los que podemos enunciar hongos, bacterias, virus, etc.) nocivo o perjudicial para la salud de los pacientes.

2 Objetivos

- Desarrollar las normas básicas a llevar a cabo por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para llevar a cabo una limpieza y desinfección del instrumental de forma efectiva.

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 Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en el ámbito sanitario, definición y etimología de limpieza, definición y etimología de desinfección y normas básicas a llevar a cabo los técnicos en cuidado de auxiliar de enfermería para una limpieza y desinfección efectiva del instrumental sanitario de forma efectiva.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en el ámbito sanitario, definición y etimología de limpieza, definición y etimología de desinfección y normas básicas a llevar a cabo los técnicos en cuidado de auxiliar de enfermería para una limpieza y desinfección efectiva del instrumental sanitario de forma efectiva, artículos en castellano que como máximo tuvieran 6 años de antigüedad.

4 Resultados

Normas básicas a llevar a cabo por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para llevar a cabo una limpieza y desinfección del instrumental de forma efectiva:

- Por todos los medios hay que evitar que se produzca cualquier infección cruzada (infección de pacientes o de personal de forma directa o indirecta) para ello la limpieza debe realizarse en una zona alejada de los pacientes, del resto del personal y de los almacenes de material(tanto estéril como no estéril) , esta zona séptica debe estar lo más próxima posible al lugar donde se ha utilizado el material
- Si la zona de lavado no está próxima al lugar donde se ha utilizado el instrumental (a pesar de que debería estar próxima), el instrumental debe ser recogido en recipientes cerrados en los que debe ser transportado hasta la zona destinada a su lavado.
- Para la limpieza de material compuesto por acero, se debe utilizar agua con poco cloro para evitar que el instrumental sufra corrosión, por eso es aconsejable que al menos se utilice agua desmineralizada en el aclarado del instrumental.
- Deben limpiarse todo el material e instrumental que se haya utilizado (con cualquier fin), incluso aquel que posteriormente deba ser sometido a un proceso de desinfección e incluso los que deban ser sometidos a esterilización en el servicio de esterilización.
- La limpieza de todo se debe llevar a cabo teniendo siguiendo las indicaciones del fabricante.
- Deben limpiarse todo el instrumental nuevo antes de que se utilice por primera vez, esta se debe realizar atendiendo a las indicaciones del fabricante.
- Se debe limpiar el instrumental antes de que se seque después de su uso, si el instrumental se ha utilizado en una intervención en paciente infeccioso debe ser sumergido en solución desinfectante (según protocolo prescrito por el fabricante, teniendo en cuenta que ningún instrumental metálico se debe sumergir en ninguna solución que contenga cloruro sódico).

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidado de auxiliar de enfermería debe conocer las normas básicas para la limpieza y desinfección de cualquier tipo de instrumental, ya que estas dos técnicas son las que protegen a los pacientes y al personal que las utiliza de ser contagiados de enfermedades provocadas por los virus, hongos o bacterias

que poseen (provenientes de la utilización con otros pacientes) si no se lleva a cabo correctamente.

La limpieza y desinfección son procesos de suma importancia en el ámbito sanitario que podríamos decir que con ellas el TCAE contribuye activamente a evitar la aparición en los pacientes de patologías que no presentaba en el momento previo a su visita hospitalaria, intervención quirúrgica u hospitalización.

6 Bibliografía

- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación profesiones sanitarias.
- Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Smartbook.
- <https://www.ibsalut.es>
- <https://www.formacura.es>
- <https://etimologias.dechile.net/?limpio>
- <https://etimologias.dechile.net/?desinfectar#:text=El%20verbo%20latino%20infectare%20es,virus%20y%20otros%20microorganismos%20pat%C3%B3genos>.
- Wikipedia
- <https://revistas-portalesmedicos.com>
- <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>
- <https://www.auxiliar.enfermeria.com>
- Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill.

Capítulo 109

LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO

ANA BELEN ARAQUE ROMERO DE ÁVILA

GUILLERMO ROPERO FUERTES

1 Introducción

En nuestro día a día, una de las complicaciones más estudiadas es la aparición de las Úlceras por Presión (UPP) por su alta incidencia dentro de nuestros centros sanitarios y su alto coste en recursos socio-sanitarios¹. Podemos definir las como el conjunto de lesiones en la piel y tejidos subyacentes causadas por un proceso isquémico producido por la presión, fricción, cizallamiento o una combinación de los mismos, dando lugar a un área de daño que puede ir desde un eritema hasta úlceras profundas que afectan al músculo e incluso al hueso, según el Grupo Europeo de Úlceras por Presión (EPUAP)².

Las UPP se pueden relacionar con un origen multifactorial, cuyas causas relacionadas pueden incluir: la edad avanzada, infecciones, malnutrición, obesidad, edemas, traumatismos y algunas enfermedades circulatorias y/o endocrinas; siendo realmente uno de los factores más relevantes la directa relación existente

entre estas lesiones y la presión que se ejerce entre una superficie de apoyo y una zona de prominencia ósea^{3, 4}. Las indicaciones principales de prevención y tratamiento de las UPP se basan en la valoración del paciente y en su nivel de riesgo, en el cuidado específico de la piel, en los cuidados generales del individuo y en el manejo de la presión³.

Las UPP constituyen un gran problema con el que nos encontramos en el cuidado de los pacientes de larga evolución, tanto en inmobilizados en su domicilio como en el ámbito socio-sanitario⁵. La relevancia de esta patología se origina en la gravedad de sus complicaciones (sepsis, infección local, problema social) y en el aumento de la morbilidad, la mortalidad (presentar úlceras aumenta 2-4 veces el riesgo de morir)⁶. Por este motivo, el personal sanitario, en concreto la función del TCAE, debe incluir intervenciones preventivas de UPP dentro del marco de sus competencias, basadas en las medidas más efectivas, así como métodos tempranos de detección y tratamiento, siempre en equipo con el resto del personal sanitario, para asegurar una óptima práctica clínica y garantizar la calidad asistencial^{7, 8}.

2 Objetivos

- Identificar y describir las principales medidas de prevención de UPP enfocadas en los cambios posturales y las superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP)
- Evaluar la eficacia de dichas medidas mencionadas en el punto anterior.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica en el cual, primero se realizó una búsqueda general sobre obras y estudios llevados a cabo en el contexto español que hubieran relacionado las “úlceras por presión” (UPP) con la aparición de lesiones en el tejido cutáneo y subyacente, complementándose posteriormente con una exploración más profunda en la que se realizó un criterio de búsqueda tanto en castellano como en inglés.

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Google, Scielo, PubMed, EMBASE Cochrane Plus, Cuiden y CINAHL; siendo los términos usados en la búsqueda en castellano los siguientes: “úlceras por presión”; “úlceras cutáneas”; “prominencia ósea”; y “cambios posturales”; y los términos en inglés utilizados para la búsqueda bibliográfica fueron: “pressure ulcers”; “skin ulcer”; “bony prominence”; “postural changes”.

Las estrategias de búsqueda anteriores se complementaron con una revisión manual de la bibliografía de los artículos identificados y con una recogida de los datos más relevantes de cada uno de los artículos de manera individual, realizando posteriormente una comparativa común de dichos resultados.

4 Resultados

Podemos dividir los diferentes resultados analizados en 2 grandes grupos:

- Manejo de la presión: En cuanto al manejo de la presión, las intervenciones con mayor grado de recomendación según SIGN (A, B, C, D)⁹ son:
 - Elaborar un plan de cuidados que fomente la movilidad, activa o pasiva, del paciente (B)^{9, 10, 11,12}.
 - Realizar cambios posturales con una rotación establecida, programada e individualizada (A)^{9, 10, 11,12}.
 - Evitar apoyar al paciente sobre las lesiones (B)^{9, 10, 11,12}.
 - Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí (B)^{9, 10, 11,12}.
 - Los pacientes de riesgo deben disponer de superficies especiales para el manejo de la presión (A)^{9, 10, 11,12}.
 - Cambios posturales: Es la modificación realizada en la postura corporal de la posición de sentado o acostado de la persona, con el objetivo de aliviar la presión, o la redistribución y el aumento de la comodidad, que se realiza a intervalos regulares¹. Los objetivos que pretende son:
 - Evitar la aparición de UPP.
 - Mejorar la circulación de las zonas de contacto.
 - Proporcionar comodidad al paciente.
 - Evitar forzar las articulaciones y las posiciones viciosas.
 - Favorecer la expulsión de mucosidad acumulada.

Según la bibliografía analizada, los más realizados, a causa de la presión que soporta ciertas prominencias óseas, son: decúbito supino, lateral, prono y sedestación^{9, 10, 11,12}.

Precauciones al realizar cambios posturales:

- Vigilar si el paciente es portador de sueros, sondas, etc., dejándolos correctamente colocados una vez acomodado el paciente.
- Evitar que el paciente sea arrastrado en la cama, realizando los movimientos con ayuda de una sábana entremetida.

- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Vigilar y mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente para evitar contracturas, deformidades y rigidez.
- Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
- Inspeccionar los puntos de apoyo para detectar enrojecimientos, eritemas, etc.
- Asegurar la comodidad del paciente y colocar barandillas laterales.
- Valorar la evolución de la movilidad del paciente^{8, 11, 13}.

En cuanto a la frecuencia de los cambios posturales, todos los autores mencionados en la bibliografía coinciden en que, si el estado del paciente lo permite, se realizarán cambios posturales^{8, 11, 13}:

- Cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada.
 - En periodos de sedestación, se efectuarán movilizaciones horarias.
- c) Superficies Especiales para el Manejo de la Presión (SEMP): El profesional deberá considerar varios factores cuando selecciona dicho dispositivo, incluyendo la situación clínica del paciente, la disponibilidad y las características de esa superficie de apoyo. Las SEMP, según el sistema de funcionamiento, pueden ser^{3, 13, 14}:
- Superficies estáticas: actúan aumentando el área de contacto con el paciente, por lo que disminuye la presión localizada en las zonas de mayor presión. Están constituidas por agua, aire, espumas de poliuretano, silicona, etc. Estos sistemas no permiten conseguir cifras de presión por debajo del umbral de cerramiento capilar (menos de 17-32 mmHg), por eso, estos sistemas requieren que el paciente pueda moverse por sí mismo.
 - Superficies dinámicas: permiten variar de manera continuada los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con las superficies de apoyo, mediante sistemas que van hinchando y deshinchando parte de las mismas. Estos sistemas están indicados en personas inmovilizadas con riesgo medio a alto de desarrollar UPP.
 - Superficies fluidificadas o de suspensión: sistemas que permiten alcanzar niveles de presión muy bajos (10-20 mmHg) en los que los pacientes están prácticamente en el aire.
 - Sistemas rotatorios: sistemas que permiten rotaciones laterales de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

- Los cambios posturales alternados, 2 horas en posición lateral y 4 horas en posición supina sobre un colchón reductor de presión, no conducen a menos lesiones

por presión comparándolos con los efectuados cada 4h en las dos posiciones.

- Valorar las necesidades básicas del paciente y los factores contribuyentes al riesgo de desarrollar UPP.
- Educar al paciente acerca de la importancia de que colabore según sus posibilidades, para adoptar y mantener unas posiciones correctas.
- Aplicar la SEMP más adecuada según las características del paciente.
- El tratamiento del alivio de la presión ha de considerarse en su conjunto: movilización, cambios posturales, utilización de SEMP y protección local ante la presión; ninguna intervención puede sustituir a las demás.

6 Bibliografía

1. López Casanova P, Verdú Soriano J, Martínez Castillo C. El paradigma de los cambios posturales. *Rev Rol Enfermería*. 2011; 34(2): 4-6.
2. Carballo Caro JM, Clemente Delicado W, Martín Castaño C, López Benítez K. Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del hospital general HHU-UVR. Sevilla: Úlceras.net [Internet]. 2007 (acceso 10 Marzo 2012). [1p.] Disponible en: <http://www.ulceras.net/publicaciones/1%20Protocolo%20UCI%20de%20prevencion%20y%20tto%20de%20UPP.pdf>
3. Palma M, López Casanova P. Superficies especiales para el manejo de la presión. *Rev Rol Enfermería*. 2007; 30: 603-610.
4. Thomas Hess C. Pasos para prevenir las úlceras por presión. *Nursing*. 2007; 27(8): 46.
5. De Pablo Hernández C. Las úlceras por presión. *Nursing*. 2006; 24: 60-67.
6. Margall MA, Valentín L, Asiain MC. Eficacia de los cambios posturales en la prevención de las úlceras de decúbito. *Enfermería Clínica*. 1991; 1(1): 5-9.
7. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos*. 2007; 18 (4): 201-210.
8. Soldevilla Ágreda JJ. 3º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos*. 2011; 22(2).
9. Elaboración de Guías Prácticas Clínicas en el Sistema Nacional de Salud: Manual metodológico. En: Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2002 (actualizado en 2010; acceso en 2012). Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/emanuales>

10. Salud Madrid. Guía de recomendaciones al paciente: Úlceras por presión [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid. 2006 (acceso 12 Marzo 2012). Disponible en:
11. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Protocolo de cambios posturales. Madrid. 2010; código PD-GEN-38.
12. Zeller JL. Úlceras por presión. JAMA. 2006; 296(8).
13. García Fernández FP, Carrascosa García MI, Bellido Vallejo JC, Rodríguez Torres MC, Casa Maldonado F, Laguna Parras JM, Mármol Felgueras MA, Domínguez Maeso A. Guía para el manejo de: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. Procedimiento Úlceras por presión: cambios posturales (Código AM.18). Evidentia [Internet]. 2005; 2 (supl). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/167articulo.php> [ISSN:1697-638X].
14. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SEM, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention. Base de datos Cochrane [Internet]. 2011; 4(CD001735). DOI: 10.1002/14651858.CD001735.pub4.

Capítulo 110

CUIDADOS ESPECIALES A INCONTINENTES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA DEL CARMEN DE LA UZ LLERA

1 Introducción

Cuando no sea posible restablecer la continencia se puede aplicar tratamientos alternativos a ella. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá aplicar unos cuidados diarios a estas personas incontinentes.

Siempre se observará una adecuada atención al aspecto psicológico de estos usuarios. Además la piel será también objeto de especial cuidado para prevenir posibles consecuencias no deseadas: hongos, úlceras por presión, exantema del pañal. La higiene será la medida más preventiva para mejorar la conservación de la piel y conservar su integridad. También se evitará la acumulación de secreciones y la proliferación bacteriana, además de eliminar las células descamadas y la suciedad. La higiene genito-anal se realizará diariamente y siempre que sea necesario: después de evacuar, de poner un enema, antes de colocar una sonda vesical, cada vez que se cambie el pañal...

Algunos de los dispositivos utilizados para las personas que tienen incontinencia son: los absorbentes y los colectores peneanos. Los absorbentes son los más utilizados, almacenan la orina por impregnación, manteniendo a la persona seca y evitando que la orina moje la ropa. La elección del absorbente estará condicionada por los siguientes factores: Volumen de orina emitido. Emisión diurna o nocturna. Movilidad del usuario. Anatomía del usuario.

Los colectores peneanos son fundas de goma para el pene muy parecidas a los preservativos, terminan en un tubo para la conexión con las bolsas colectoras de orina. Existen diferentes medidas de colectores.

2 Objetivos

- Describir los dispositivos más utilizados en pacientes con incontinencia urinaria.
- Explicar el proceso de colocación del colector de orina o colector peneano.

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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los dispositivos más utilizados para la incontinencia son los absorbentes, que absorben la orina dejando a la persona seca. Durante el día se pueden cambiar con frecuencia, eligiendo el absorbente que más se adapte a la movilidad de la persona. Por la noche es aconsejable un dispositivo más absorbente para permitir un buen descanso. En el mercado existen productos cada vez más eficientes de gran absorción, con seguridad antiescaques, eficaces frente al olor y que protegen la piel. También ofrecen mayor comodidad y control de cuando se debe hacer el cambio al tener un indicador de humedad.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá cambiar el absorbente siempre que sea necesario, realizará el aseo genito-anal siguiendo el orden enjabonar, aclarar y secar minuciosamente, hidratar la zona. Aprovechar el cambio del absorbente para observar cualquier irregularidad en la piel. La mejor prevención es la higiene, para evitar posibles úlceras por presión, hongos, exantema del pañal.

Otros dispositivos disponibles son los colectores peneanos, son fundas de goma para el pene, llevan un tubo que se conecta con una bolsa colectora de orina. Pueden ser de látex o de material hipoalérgico sin látex, estos últimos favorecen

la transpiración natural de la piel. Existen colectores autoadhesivos o sistemas dos piezas que presentan el colector y una tira adhesiva independiente.

Aplicación y retirada del colector autoadhesivo:

- Lavar las manos y colocar los guantes.
- Si fuera necesario recortar el vello púbico para que no entorpezca la aplicación y retirada del colector.
- Realizar el lavado de la zona.
- Se coloca sobre el extremo del pene. La zona del fuelle deberá permanecer libre.
- Tirar lentamente de la lengüeta hacia atrás. Desenrollando de forma uniforme y simultánea.
- Presionar el colector firmemente en la zona del adhesivo.
- .Retirar el aplicador.
- Conectar el colector a la bolsa de recogida.
- Para retirar el colector desenrollarlo con cuidado. Si se despegue con dificultad utilizar un producto oleoso que facilite su retirada.

5 Discusión-Conclusión

Cuando una persona tiene dificultad para contener la orina puede aplicar tratamientos alternativos, como son los absorbentes o los colectores penianos. Los absorbentes retienen la orina dejando seca a la persona y puede elegirse diferentes tipos. Son los más utilizados y los más fáciles de colocar.

Los colectores penianos son fundas de goma para el pene que terminan en un tubo para la conexión con las bolsas colectoras. Estos son más dificultosos de colocar y menos conocidos.

Estos dos dispositivos pueden ocasionar efectos no deseados como irritaciones, hongos y úlceras por presión. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de ser muy riguroso en el higiene y colocación de estos dispositivos. Durante su colocación y el aseo del paciente deberá observar el estado de la piel y comunicar cualquier cambio a su superior.

Hoy en día existe una gran variedad de dispositivos para la incontinencia, dependiendo de las características y movilidad del paciente.

6 Bibliografía

- Auxiliar de Enfermería de la Administración del Principado de Asturias Volumen 2, 7 Editores Recursos para la Cualificación Profesional y el Empleo WEB:www.mad.es

-Evangelina Pérez de la Plaza. Ana M^a Fernández Espinosa. Auxiliar de enfermería. Técnicas básicas de enfermería. Higiene en el medio hospitalario, séptima edición Mc Graw Hill Educación. <http://www.mheducation.es>

Capítulo 111

ABORDAJE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LOS PIES EN EL ANCIANO

MARIA DEL CARMEN DE LA UZ LLERA

1 Introducción

En el anciano como en las personas de movilidad reducida es de suma importancia el cuidado de los pies. Al envejecer, la circulación de los pies disminuye. Al deteriorarse la circulación sanguínea, las lesiones cicatrizan con dificultad, por eso y por las complicaciones que de ello se pueden producir en el propio domicilio, muchas veces motivado por la pérdida de sensibilidad en los miembros, marcha dificultosa, etc. El diabético es candidato a complicaciones graves.

La higiene es una suma de procesos que permite una mejor conservación de la piel, una mayor defensa contra las enfermedades. La finalidad del aseo es principalmente conservar la integridad de la piel para que pueda realizar adecuadamente sus funciones. Evitar la acumulación de secreciones y la proliferación bacteriana. Eliminar las células descamadas y la suciedad. También estimula la circulación sanguínea y mejora el bienestar y el confort del paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá realizar el aseo diario de los pies, teniendo especial cuidado entre los dedos donde pueden proliferar los hongos. Son un grupo de seres vivos que se alimentan de materia orgánica que descomponen. Se encuentran muy a gusto en un entorno oscuro, húmedo y templado. Son altamente contagiosos y pesados de eliminar. Por todo ello lo más

adecuado es la prevención que consiste en el lavado y secado meticuloso de los pies.

2 Objetivos

- Enumerar el procedimiento del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el lavado de los pies.
- Exponer la finalidad del aseo de los pies.

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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de realizar el aseo de los pies del anciano diariamente, lavar, secar minuciosamente e hidratar los pies. Además del correcto aseo de la zona debe someterla a una observación diaria en busca de posibles lesiones, o infecciones como los hongos que proliferan en zonas como los pies, húmedas y oscuras. Los hongos son altamente contagiosos y pesados de eliminar a la vez que muy recurrentes cuando no se sigue el tratamiento completo. Es muy importante la prevención: lavar y secar meticulosamente los pies. Si a pesar de ello aparecieran habrá que consultar al médico para que recete lo adecuado y utilizar productos específicos para el aseo, ya que el jabón puede dañar las partes internas de piel expuestas por el daño causado.

Cuidado de los pies:

- Los pies se lavan con agua a 32 o 35°. Para evitar quemaduras comprobar siempre la temperatura.
- Permanecer con los pies en el agua 5 o 10 minutos. Se pueden hacer movilizaciones de los dedos y los tobillos en todas direcciones mientras están a remojo.
- Con una esponja o manopla enjabonada, limpiar todo el pie, en particular entre los dedos y alrededor de las uñas.

-Secado a fondo pero con suavidad, en particular entre los dedos. Aprovechando para examinarlos detenidamente en busca de posibles lesiones.

-Aplicar loción hidratante evitando el espacio interdigital.

-Los callos si los hubiera no deben cortarse. Se deben frotar con piedra pómez y con la toalla al secar para eliminar las capas de piel más superficiales, que se desprenden con más facilidad tras la inmersión en agua tibia con jabón. Lo ideal sería consultar al podólogo. Existen cojines de venta libre para callos y ojos de gallo que reducen la presión y productos que suavizan las capas de piel para facilitar su eliminación, sin embargo otros pueden dañar la piel. Nunca eliminar los callos del pie de un diabético.

.El cambio de calcetines debe efectuarse cada día. Los calcetines de algodón o lana absorben mejor la transpiración. Deben ser suaves, sin costuras gruesas, sin elásticos ni presiones.

-El calzado si se utiliza es preferible que sea de cuero, ya que permite que los pies respiren, no se aconseja el de tela porque no se ajusta al pie. Se recomienda zapatos que lleven cordones o hebillas con tacón bajo.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado de los pies es fundamental, especialmente en personas ancianas, inmovilizados y diabéticos. Con la higiene de los pies se estimula la circulación y se mantiene la piel sana para que pueda realizar adecuadamente sus funciones, además se evita la acumulación de secreciones y la proliferación bacteriana. Por ello lo más importante es la prevención: lavar y secar meticulosamente los pies. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá lavar los pies del anciano diariamente, secar e hidratar los pies así como cambiar los calcetines. Además deberá someterlos a una observación diaria en busca de posibles lesiones y comunicárselo a un superior en caso de notar algún cambio significativo.

6 Bibliografía

-Auxiliar de Enfermería de la Administración del Principado de Asturias Volumen 2, 7 Editores Recursos para la Cualificación Profesional y el Empleo WEB:www.mad.es

-Evangelina Pérez de la Plaza. Ana M^a Fernández Espinosa. Auxiliar de enfermería. Técnicas básicas de enfermería. Higiene en el medio hospitalario, séptima edición Mc Graw Hill Educación. <http://www.mheducation.es>

Capítulo 112

TÉCNICAS LLEVADAS A CABO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA HACER LA CAMA DESOCUPADA DEL PACIENTE INGRESADO

IVAN CAMACHO BURGOS

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

ANA BELÉN SERRANO GARCÍA

1 Introducción

La realización de las camas de los pacientes ingresados es función de los auxiliares técnicos en cuidados de enfermería tal y como aparece en la Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Dicha función aparece recogida concretamente en el artículo 75, las funciones de los Auxiliares de Enfermería en los Servicios de Enfermería: “Hacer las camas de los enfermos, excepto cuando por su estado le corresponda al Diplomado Universitario de Enfermería (DUE), ayudando a los mismos en este caso.

Otras funciones análogas relacionadas con la función de realizar la cama de los pacientes son las siguientes:

- Organizar y colocar la lencería de la planta de hospitalización con la finalidad de reponer la ropa necesaria en el servicio. Deberá haber comunicación y colaboración con el servicio de lencería del centro hospitalario. Del mismo modo, el TCAE deberá estar presente en la colocación de la ropa de lencería con el fin de anotar las unidades disponibles en el servicio. (Art. 75)
- Cambiar la ropa de cama y compresas de las pacientes en el servicio de paritorio o dilatación, con la ayuda de DUE y matronas, cuando el estado físico de la paciente así lo requiera. (Art. 77)

2 Objetivos

- Enumerar las funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en función de la realización de las camas de los pacientes ingresados.
- Conocer la técnica utilizada por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante la realización de la cama desocupada del paciente ingresado.

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

Los TCAE deberán preparar todo el material necesario antes de disponerse a hacer la cama, ahorrando tiempo al evitar salir a cada momento para coger material olvidado. El material necesario para realizar la cama desocupada es:

- Cubrecolchón.
- Dos sábanas, una se utilizará como bajera y la otra para cubrir al paciente.
- Empapadores para poner debajo y encima de la sábana entremetida.
- Sábana entremetida.
- Manta.
- Colcha.
- Funda de almohada.

TÉCNICA PARA REALIZAR LA CAMA DESOCUPADA DEL PACIENTE INGRESADO

- Actuaciones previas.

- ☒ En primer lugar, se informará al paciente de la actuación que se va a llevar a cabo.

- ☒ En segundo lugar, se procederá a realizar un correcto lavado de manos y a colocar un par de guantes nuevos.

- ☒ Colocar cerca el material necesario.

- ☒ Retirar la ropa sucia y meterla en una bolsa para mandarla a lavandería. Esta acción se realizará sin airear mucho la ropa sucia.

- ☒ Si la manta no está sucia se doblará desde los extremos hacia dentro sin airear.

- Colocación de la sábana bajera.

- ☒ Se dispondrá la sábana a lo largo de la cama, procurando que no exista ninguna arruga ni marca, para evitar la aparición de heridas en los pacientes. Las esquinas serán dobladas en forma de inglete, mitra o pico. Finalmente, se introducirán los laterales de la sábana.

- Colocación del resto de material.

Se procederá a colocar el resto del material y ropa en el siguiente orden:

- ☒ Colocar dos empapadores de forma horizontal y uno de forma vertical en el centro de la cama.

- ☒ Colocar la entremetida a lo ancho de la cama, introduciendo debajo del colchón los laterales sobrantes.

- ☒ Colocar la sábana encimera, introduciendo la parte inferior debajo del colchón, doblando las esquinas en forma de inglete, mitra o pico.

- ☒ Colocar la manta sobre la sábana bajera, o colocarla a los pies de la cama si el paciente tiene calor.

- ☒ Colocar la colcha remetiéndolo el borde superior por debajo de la manta.

- ☒ Cambiar la funda de la almohada.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo científico titulado “Técnicas llevadas a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para hacer la cama desocupada del paciente ingresado” nos han demostrado los pasos a seguir por todo TCAE que se disponga a realizar la cama del paciente ingresado, que no requiera hacer con la presencia del paciente en el interior de la cama.

Por otro lado, es importante destacar la función del TCAE a la hora de colocar y estirar las sábanas, de tal manera que no quede ninguna arruga sobre la cama,

evitando así la aparición de heridas y la posibilidad de crearse úlceras por presión por el roce de las arrugas.

6 Bibliografía

- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021

Capítulo 113

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE EL BAÑO COMPLETO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO QUE SE ENCUENTRA ENCAMADO

IVAN CAMACHO BURGOS

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

ANA BELÉN SERRANO GARCÍA

1 Introducción

La higiene personal se convierte en un hábito diario en la vida de las personas, convirtiéndose en una actuación diaria del plan de trabajo de equipo de enfermería de las plantas de hospitalización de los centros sanitarios.

Será función del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería la realización de aseo diario del paciente encamado que no pueda realizarlo por el mismo. Para poder realizar esta actividad diaria, será necesario la participación del TCAE, quien realizará el aseo del paciente y del celador, el cual se encargará de movilizar al paciente hacia un lado u otro de la cama. Apareciendo estas funciones en las correspondientes normativas de sus categorías profesionales.

En el artículo 75 del Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo se establece la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería del aseo del paciente de la siguiente manera: “Realizar el aseo y la limpieza de los enfermos, ayudando al personal auxiliar sanitario titulado, cuando la situación del paciente así lo requiera”.

Mientras que en el artículo 14.2. del Estatuto de Personal No Sanitario, se establece la siguiente función del celador sobre el aseo del paciente: “Excepcionalmente, asearán a los enfermos masculinos encamados que debido a sus dolencias no pueda ser realizado por ellos mismos”.

2 Objetivos

- Conocer la normativa donde aparecen las funciones relacionadas con el aseo del paciente, tanto del tcae como del celador.
- Enumerar los pasos a seguir durante el aseo diario de los pacientes encamados.

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

La técnica de baño en la cama se conoce a aquellas actuaciones llevadas a cabo para realizar el aseo diario del paciente que se encuentra encamado debido a sus dolencias, diagnóstico clínico o tratamiento.

Esta actuación es realizada cada día durante el turno de la mañana, aprovechando el cambio de la ropa de cama.

MATERIAL UTILIZADO PARA EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

- Guantes desechables.
- Material para mantener la intimidad del paciente: empapadores, entremetidas, toallas, biombos...
- Material para el aseo: jabón líquido, esponjas, champú, cepillo, peine, una toalla para la parte delantera, una toalla para la parte trasera, una toalla para la cabeza

si es necesario el lavado de cabello, palangana para el agua...

- Alcohol, gasas, cuña...
- Pasta dentífrica, cepillo de dientes...

CONDICIONES GENERALES PARA REALIZAR EL ASEO

- Cerrar puertas y ventanas de la habitación para evitar las corrientes de aire.
- La temperatura de la habitación deberá encontrarse entre los 22-24°C.
- El agua con la que se realizará el aseo deberá estar entre los 37-40°C para evitar los cambios bruscos de temperatura en el paciente.
- Tener preparado el material utilizado antes de comenzar a realizar el aseo, para evitar interrupciones innecesario durante el aseo.
- Realizar la siguiente secuencia de actuación con cada parte corporal aseada: enjabonar, aclarar y secar.
- La actuación será realizada por dos técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, o por un TCAE y un celador. En el caso de ser dos TCAE, uno de ellos aseará y el otro movilizará al paciente, y en el caso de ser realizada la actuación por un TCAE y un celador, el celador movilizará al paciente mientras el TCAE aseaa al paciente.
- Posicionar al paciente en decúbito supino colocando la cama paralela al suelo, siempre que esta posición sea tolerada por el paciente.
- Mantener la intimidad del paciente con el resto de los pacientes de la habitación, para ello se podrá utilizar cortinas, estores, biombos...
- Mantener la intimidad del paciente tapando con una sabana o toalla aquellas partes que no están siendo aseadas.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el baño completo del paciente hospitalizado que se encuentra encamado” nos muestran los pasos a seguir durante el aseo diario del paciente encamado, así como el material utilizado y las personas que intervienen en dicha actuación.

Cabe destacar que en el estatuto del personal sanitario no facultativo como en el estatuto del personal no sanitario aparece recogida la función del aseo como que le corresponde a ambas categorías, esto se debe a que son órdenes de 1971 y 1973, siendo una época en la que la mayoría de los celadores eran hombres, y en la que la mayoría de las auxiliares de enfermería eran mujeres, por lo que las

mujeres aseaban las pacientes femeninas, mientras que los celadores aseaban a los pacientes masculinos.

6 Bibliografía

- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- 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.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021

Capítulo 114

REPERCUSIÓN DEL TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO

MARÍA CHOCANO SÁNCHEZ CRESPO

1 Introducción

El tabaco es una planta de la cual sus hojas se fuman, aspiran o mastican, pudiéndose experimentar diversos efectos. El tabaco contiene miles de sustancias químicas como son el ácido cianhídrico, aldehído fórmico, plomo, amoníaco, alquitrán, benceno, monóxido de carbono, nitrosaminas, hidrocarburos aromáticos policíclicos, entre muchas otras, sin olvidarnos de la nicotina que es la encargada de crear adicción en el cerebro de las personas que lo consumen.

Muchas de estas sustancias químicas, incluyendo al menos 70, sabemos a ciencia cierta que causan cáncer y se encuentran en el humo del tabaco que es filtrado por los pulmones en el organismo.

Las sustancias perjudiciales del tabaco no solo pueden provocar cáncer, sino una gran multitud de enfermedades graves en el corazón y en los pulmones. La mayoría de las sustancias perjudiciales se producen a través de la combustión de las hojas del tabaco en sí, no únicamente con los aditivos añadidos u otros productos utilizados en su elaboración.

El consumo de tabaco durante el embarazo puede causar diversos efectos adversos sobre la madre y el feto. Fumar de manera activa y pasiva puede provocar diversas complicaciones en el embarazo, ya que el feto está expuesto a la nicotina, al humo y al resto de las sustancias perjudiciales que contiene, a través de la sangre que recibe de la madre durante el proceso de gestación, aunque no inhale el

humor de una manera directa, los efectos nocivos del tabaquismo son capaces de atravesar la placenta.

2 Objetivos

Nuestro objetivo principal a través de este estudio, es evaluar las repercusiones que el tabaquismo es capaz de provocar en la madre durante el embarazo, sobre el recién nacido y en la lactancia.

3 Metodología

Para la creación del siguiente estudio, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la bibliografía científica existente. Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos en una de las principales bases de datos existente como Pubmed, seleccionando aquellos artículos más adecuados a nuestro tema de investigación.

4 Resultados

En la actualidad diversos estudios avalan que el tabaquismo provoca una disminución del crecimiento del feto antes de su nacimiento, también aumentan las posibilidades de que se produzca un nacimiento prematuro. Las madres fumadoras activas y pasivas tuvieron bebés con un peso inferior que las que no fumaban. El tabaco también provoca sobre el feto varios problemas de salud y bajo peso, además del daño que se produce en los pulmones y en el cerebro en desarrollo del bebé, en muchas ocasiones los bebés tienen defectos de nacimiento o pueden llegar a morir a causa del síndrome de muerte súbita del lactante, la cual se cree que es debida a una alteración en las células cromafines de la médula adrenal como respuesta ante el estrés producido por la hipoxia producida por la nicotina. Tras la realización de un estudio en una muestra de varias madres fumadoras, se demostró que los hijos de las madres que consumían cigarrillos mientras estaban en proceso de amamantamiento, eran más reacios en la lactancia en el momento de ser alimentados y como consecuencia tener que abandonarla de una forma temprana y pasar al biberón y a la leche preparada artificialmente. Muchos elementos perjudiciales que contiene el tabaco como es el caso de la nicotina, pasan a la leche materna de las madres fumadoras, siendo la lactancia un periodo fundamental en el desarrollo postnatal, demostrándose que los efectos de la exposi-

ción al tabaco van influidos por la cantidad de tabaco inhalado por la madre y el tiempo transcurrido entre tomas del lactante.

Los niveles de nicotina encontrados en la leche materna de las madres fumadoras fueron más del doble que los que se pudieron encontrar a nivel sérico. Los niños tras las tomas solían estar más irritables, debido a los compuestos químicos del tabaco que contenía la leche y también presentaban mayores problemas en el ciclo del sueño debido a la nicotina.

Muchas de las madres que fumaron mientras estaban embarazadas y tuvieron un embarazo normal, no tienen garantías de que en su próximo embarazo las circunstancias sean las mismas, es un acto en el que se pone en riesgo la salud propia y la del bebé.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, gracias a las diversas campañas de concienciación que existen, anuncios en televisión e información en las cajetillas de tabaco, la mayoría de las personas saben que el hecho de fumar causa multitud de enfermedades, problemas de salud graves, cáncer y serios problemas en el embarazo.

Cuando fumas estás influyendo en las posibilidades de sufrir complicaciones durante el parto y en el transcurso del embarazo. El tabaquismo tiene mucha repercusión en la gestación, en el parto y sobre la salud del bebé, dejar el tabaco durante el comienzo del embarazo puede revertir en gran parte los efectos adversos anteriormente mencionados junto con una ganancia de peso del feto y una mejora en su salud.

Dejar de fumar antes de quedar embarazada, es esencial para proteger la salud de la madre y la del bebé, evitando muchos problemas asociados, nunca es tarde para abandonar dicha práctica.

6 Bibliografía

1. Míguez MC, Pereira B. Effects of active and/or passive smoking during pregnancy and the postpartum period. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2021;95(4):222-232.
2. Ribot B, Isern R, Hernández-Martínez C, Canals J, Aranda N, Arija V. Impacto del tabaquismo, la exposición pasiva al tabaco y el dejar de fumar sobre la salud del recién nacido [Effects of tobacco habit, second-hand smoking and smoking cessation during pregnancy on newborn's health]. *Med Clin (Barc)*. 2014;143(2):57-63.

Capítulo 115

LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DESPUES DE UN TRANSPLANTE DE CORAZON

AROA REGUERO SUAREZ

1 Introducción

Una de las principales causas de muerte es la que se denomina insuficiencia cardiaca que es cuando el corazón no bombea sangre de la manera en la que debería, cuando en esta enfermedad deja de responder a los diferentes tratamientos, es cuando la mejor opción es una trasplante de corazón.

Entendemos por trasplante de corazón cuando se realiza una operación para extraer un corazón enfermo por un corazón sano de una persona donante.

Esto es realizado siempre en último lugar cuando todas las demás opciones como otras operaciones o medicamentos no han sido suficiente para ese corazón enfermo .

En los adultos la insuficiencia cardiaca es causada por las siguientes posibles causas como puede ser; El músculo cardiaco se encuentra muy debilitado, enfermedad de las arterias coronarias, fracaso de otro trasplante de corazón anterior, algún defecto cardiaco congénito, ritmos cardiacos peligrosos imposibles de controlar con otros tratamientos, etc.

Algunas personas aun necesitando un trasplante de corazón son excluidas de la lista por diferentes causas, si eres una persona con edades avanzadas, si tienes otras enfermedades importantes que pueden acortarte la vida, o si tienes un estilo

de vida que no es compatible con esta operación como puede ser el consumo de alcohol o drogas...

2 Objetivos

El objetivo general es analizar y valorar la gran importancia del equipo de enfermería en los cuidados ante un paciente trasplantado así como la realización de un plan de cuidados para las diferentes fases de este proceso.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo nos hemos basado en la búsqueda bibliográfica de diferentes bases de datos, Pubmed, Cuiden, el buscador Google Académico. Con el objetivo de buscar la información más reciente del tema a tratar empleando descriptores como: trasplante de corazón, enfermería, cuidados, cuidados en uci cardiaca, etc.

4 Resultados

Cuando se trata de un paciente trasplantado es muy importante los cuidados de enfermería a los que va a ser sometido, debemos realizar un aislamiento de contacto hacia el paciente tanto su enfermera como su auxiliar deben ser exclusivas para el paciente, ya que las infecciones aparecen en el postoperatorio inmediato. El personal sanitario y las visitas deberán ponerse bata y calzas para entrar en el box, deberán lavarse las manos, ponerse guantes y mascarilla. Esto resulta ser muy beneficioso para el paciente evitando así la entrada de organismos infecciosos...

También resulta muy importante la rutina diaria de la cura de las heridas quirúrgicas de manera rápida evitando la entrada de infecciones y garantizándole al paciente la máxima comodidad.

Después de la intervención quirúrgica el equipo sanitario llevará un seguimiento, siendo este muy importante por si llegamos a detectar algún síntoma de rechazo, para saber si tu cuerpo está rechazando el corazón trasplantado, el equipo de sanitarios realizará unas biopsias cardíacas cuanto más tiempo pase, menos biopsias necesitaría el paciente sometido al trasplante.

Un paciente sometido a un trasplante tendrá que someterse a varios cambios como por ejemplo : La toma de inmunosupresores para proteger el órgano y así evitaremos el rechazo y a medida que pase el tiempo podremos reducir los medicamentos anti rechazo, también nos veremos sometidos a medicamentos y controles rutinarios de por vida y no menos importante se recomendó realizar rehabilitación cardiaca, ya que nos ayudara a coger de nuevo las fuerzas y mejorar al paciente la calidad de vida.

Muchos estudios demostraron que el índice de supervivencia en el primer año después del trasplante es del 90% aproximadamente y del 80% después de los siguientes 5 años

5 Discusión-Conclusión

Este procedimiento como es el trasplante de corazón ha demostrado la gran eficacia ante la insuficiencia cardiaca ya avanzada, de manera que lograremos la supervivencia y una gran calidad de vida, hoy es día aún escasean los donantes, y esto supone un gran coste a los servicios sanitarios, ya que necesitan un gran equipo de sanitarios especializados, y tenemos también que tener en cuenta las posibilidades de infecciones, tanto quirúrgicas como inmunológicas,

Se ha demostrado la gran importancia que tienen los buenos cuidados de enfermería, ya que favorece la recuperación temprana del paciente sometido a un trasplante cardiaco, volviendo a realizar cuanto antes muchas de las actividades pasadas, como puede ser volver al trabajo o realizar deporte.

6 Bibliografía

Western Cape government, South Africa (21 de febrero de 2005). «Chris Barnard Performs World's First Heart Transplant». Cape Gateway. Archivado desde el original el 5 de diciembre de 2006. Consultado el 10 de enero de 2007.

Department of Cardiothoracic Surgery. «Patient's Guide to Heart Transplant Surgery». University of Southern California. Archivado desde el original el 26 de noviembre de 2010. Consultado el 10 de enero de 2007.

Nancy Reid (22 de septiembre de 2005). «Heart transplant: How is it performed?». Healthwise. Archivado desde el original el 1 de mayo de 2007. Consultado el 10 de enero de 2007.

Jeffrey Everett (29 de octubre de 2003). «Heart Transplant: Indications». AllRefer.com. Archivado desde el original el 24 de febrero de 2007. Consultado el 10 de enero de 2007.

Capítulo 116

PROCEDIMIENTO DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE.

SILVIA PEÑA FERNÁNDEZ

ALBA MARIA PINO LÓPEZ

DAVID GÓMEZ PINTA

1 Introducción

La presencia de úlceras por presión en un paciente reflejarían una descuidada aplicación de la previsión de cuidados que deberá preparar y posteriormente llevar a cabo el equipo de enfermería. El TCAE será la persona encargada de buena parte de la asistencia directa al paciente, por lo que el conocimiento de las actuaciones básicas para tal fin es fundamental para procurar que no lleguen a manifestarse. Es esencial que el auxiliar conozca cuáles son los factores que predisponen de riesgo asociados a desarrollarlas y las medidas preventivas adecuadas para reducir la incidencia de esta complicación en los pacientes. En este trabajo se analizará en profundidad el procedimiento en la prevención de las úlceras por presión, destacando la importancia de una adecuada valoración del

riesgo, la aplicación de técnicas de movilización y cambios posturales, y la observación cuidadosa de la piel del paciente. También se abordarán los cuidados específicos necesarios así como la importancia de la educación al paciente y a su familia para prevenir la aparición de úlceras por presión. En definitiva, se tratará de proporcionar una visión completa de cómo se forman las úlceras por presión, cómo prevenirlas y el papel fundamental que desempeña el TCAE en estos cuidados.

2 Objetivos

El objetivo de este escrito es definir qué son las úlceras por presión, enumerar cuáles son los factores de riesgo que predisponen a padecerlas, aprender a reconocerlas precozmente y fijar los cuidados que deben hacerse desde enfermería para evitar que aparezcan.

3 Metodología

Este texto es el resultado de una configuración de ideas fundamentales expuestas en múltiples artículos y publicaciones electrónicas de ámbito sanitario, habiéndose escogido especialmente aquellos que han sido formulados por el personal de distintos equipos de enfermería. Para la búsqueda de información se han utilizado vocablos tales como “úlceras”, “prevención”, “cuidados”, “enfermería”, “riesgo”, “clases”, entre otros y en diferentes combinaciones con el fin de obtener los datos necesarios para formular una práctica exposición del tema que lo motiva.

4 Resultados

Las úlceras por presión (UPP) son daños que se producen en la piel y en los tejidos subyacentes cuyo origen es isquémico. Esto quiere decir que el deterioro que se produce es debido a la falta de riego sanguíneo, provocando que exista una insuficiente aportación de oxígeno y de nutrientes y una posible necrotización de las áreas afectadas, además de imposibilitar la correcta eliminación de los desechos. Las UPP también se conocen con el nombre de úlceras de decúbito o escaras.

La etiopatogenia de las UPP es la siguiente: se producen principalmente por una presión anormal y sostenida, en general sobre un plano horizontal, por el aplastamiento de los tejidos entre dos planos duros, uno del propio paciente y otro

externo. La causa directa es la mencionada, la presión, si bien existen otros factores que contribuyen a su desarrollo, como son el tiempo, la fricción, la cizalla y la humedad.

La presión, el aplastamiento del tejido, impide el correcto flujo sanguíneo y, por tanto, la llegada de oxígeno y nutrientes y paraliza la función excretora. Unido a ella, según aumenta el tiempo que se produce esta situación aumenta la probabilidad de que se desarrollen las úlceras por presión.

La fricción es una resistencia que se opone al movimiento de un cuerpo que se encuentra en reposo sobre una superficie y se produciría por ejemplo cuando se arrastra el cuerpo de la persona.

La cizalla afecta a planos más profundos del tejido, puesto que es provocada por la unión de fuerzas tangenciales o paralelas que deforman la piel y los tejidos blandos subyacentes, originando un estiramiento interno de los tejidos.

Las UPP pueden manifestarse en horas o en días y el factor más influyente es que exista en la persona una afección que restrinja la posibilidad de moverse o de cambiar de posición (como la inmovilidad o la pérdida de percepción sensorial). Otras variables que propician su surgimiento son una temperatura elevada corporal, edad avanzada, la presencia de alteraciones en la piel, unos indicadores de nutrición deficientes, el bajo peso, desajustes en la tensión arterial, el consumo de tabaco, edemas y la confluencia de esta situación con otras enfermedades crónicas (como diabetes), tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas.

Una vez explicado ésto, pasaremos a saber cómo detectar una UPP, sin perder nunca de vista que son distintas de aquellas lesiones que aparecen a causa de la humedad, de las úlceras de origen vascular, de las de pie diabético y de las laceraciones.

En primer lugar hay prestar atención a los signos que nos advierten de su presencia precozmente, como son los cambios inusuales en el color y/o la textura de la piel, presencia. En este sentido se vigilarán los eritemas (enrojecimientos) que aparezcan sobre la piel que recubre las prominencias óseas y probaremos a presionar sobre ellos: si transcurrido un tiempo breve no blanquea, sugiere que ese tejido está dañado.

Las zonas de aparición más frecuente a las que nos referíamos y sobre las que hay que tener especial control son: en decúbito supino, en occipital, omóplatos, codos, sacro, isquion y talones; en decúbito lateral, en orejas, malar, acromion, costillas, trocánter, cóndilos y maléolos; en decúbito prono, en los dedos de los pies, las rodillas, órganos genitales masculinos, las mamas en la mujeres, acromion, mejillas y orejas; en sedestación, en la región escapular, codos, tuberosidad isquiática,

zona poplítea y pies.

Las UPP pasan por distintos grados que se diferencian por la profundidad de tejido afectado y la severidad de la lesión: en el grado I nos encontraríamos ante un eritema cutáneo que no palidece en la piel intacta. En este caso deberíamos observar además la presencia de calor local, si existe edema o si hay induración del tejido; en el grado II existiría una pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas; en las lesiones de grado III estaríamos ante una pérdida absoluta del grosor de la piel, que manifiesta el daño o la necrosis del tejido subcutáneo pero sin llegar a afectar a la fascia subyacente. Aquí aparecerían las “escaras” o costras negras de las que toman su nombre; el grado IV en las úlceras por presión implica una destrucción extensa, la presencia de deterioro en músculo, huesos o estructuras de sostén como los tendones o las cápsulas articulares.

Para finalizar, hablaremos de los cuidados específicos que corresponden al técnico en cuidados auxiliares de enfermería directamente y cuya finalidad es evitar que aparezcan las UPP, así como mejorar la evolución de las que ya existiesen: Manejar la presión sostenida sobre áreas del cuerpo claves, realizando los cambios posturales como mínimo cada dos horas si el paciente se encuentra encamado y si puede moverse indicarle que lo realice aproximadamente cada 15 minutos.

Evitaremos que el paciente se apoye directamente sobre las lesiones, así como el contacto directo de las prominencias óseas entre sí y arrastrar durante las movilizaciones. Para las zonas de mayor riesgo de aparición de lesiones, como podrían ser los talones, existen sistemas de protección local que no dañan la piel cuando se retiran y que permiten a su vez el examen de la misma.

En cuanto a los cuidados de la piel es fundamental revisar su estado al menos una vez al día, manteniéndola limpia y seca. Para tal cometido nos serviremos de un jabón neutro y evitaremos la fricción de secado.

No usaremos alcoholes sobre la piel, ya que resecan y producen vasoconstricción. Cuando se aplique la crema hidratante habrá de hacerse hasta que se absorba por completo. En los puntos de apoyo optaremos preferiblemente, si es posible, por el uso de ácidos grasos hiperoxigenados, puesto que protegen la piel, impiden la deshidratación cutánea, aumentan la resistencia al rozamiento, mejoran la microcirculación sanguínea y restauran la pantalla hidrolipídica de la piel.

Vigilar las zonas en que se apoyan los dispositivos médicos como los catéteres, sondas, mascarillas.

Servirse de superficies del uso de apoyos técnicos como colchonetas o cojines

alternantes de aire o de fibras y espumas especiales o de camas fluidificadas. Favorecer y vigilar un correcto soporte nutricional.

Además de todo ello, encaminado principalmente a la prevención, se procedería a las curas pertinentes por parte de enfermería, en los grados más avanzados.

5 Discusión-Conclusión

Tras lo referido, se puede concluir que las úlceras por presión suponen un problema de gran repercusión, si bien y fundamentalmente sobre la persona susceptible de padecerlas, traduciéndose además en una estancia en el hospital más prolongada, también sobre el equipo asistencial, conllevando una carga extra para el personal de enfermería. Por todo ello, las pautas encaminadas a anticiparse a la aparición y desarrollo de aquellas son indispensables para unas buenas prácticas de enfermería. Además, habría de establecerse una estimación del posible riesgo que tiene el paciente de padecerlas e igual de imprescindible es reconocer los signos de advertencia que remiten a las úlceras por presión en su temprana manifestación y distinguir estas de otras posibles patologías para contener la evolución hacia los siguientes grados que revestirían mayor gravedad.

El TCAE ha de conocer y cumplir minuciosamente el procedimiento de prevención anteriormente descrito, pues es la persona encargada directamente de tales acciones, con el objetivo de ofrecer una atención sanitaria de calidad. También reportará a su responsable de enfermería sobre los eventuales cambios relevantes que aparezcan en la piel del paciente para poder atajar un posible problema con celeridad, debiendo conocer para tal fin el aspecto que presentan las úlceras por presión en su pronta exhibición.

6 Bibliografía

- Bosh, A. (2004). Úlceras por presión. Prevención, tratamiento y consejos desde la farmacia. Revista Elsevier, 23(3). <https://www.elsevier.es/>
- Celada Cajal, F. J. (s.f.). Protocolo de úlceras por presión. REMI. <https://remi.uninet.edu/>
- Mayo Clinic. (2022). Úlceras por presión. Prevención, tratamiento y consejos desde la farmacia. <https://www.mayoclinic.org>
- VV.AA., Calvo Pérez, A. I., Rodríguez Iglesias, F. J., Souto Fernández, E. M.^a. (s.f.). Guía práctica de úlceras por presión del Servicio Gallego de Salud. Guía nº1. <https://ulcerasfora.sergas.gal/>

Capítulo 117

MÉTODOS Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y SUJECCIÓN EN PACIENTES EN RESIDENCIAS Y HOSPITALES

FRANCISCA GÓMEZ ALBUGER

ZARA COLLADO RAMIREZ

BEATRIZ FAJARDO MORENO

BELEN BELMONTE LOZANO

1 Introducción

Estas medidas se pueden dividir en varios grupos.

Medidas de sujeción físicas:

Son medidas que van a ser aplicadas a los pacientes con posibles riesgos de caídas y lesiones de tipo involuntario debido al deterioro físico o psíquico que pueden sufrir este tipo de pacientes, son consideradas siempre medidas terapéuticas de seguridad que no tienen ninguna intención de limitar los derechos de las personas.

Las medidas de contención adecuadas a aplicar en cada momento será adaptada en base a la valoración de la situación de cada persona, siempre serán individuales.

Las valoraciones serán realizadas por personal cualificado como puede ser un facultativo o el personal de enfermería, siempre se hará con el consentimiento

de la personas y si está en sus plenas facultades mentales o si no es así a los familiares o tutores que se encuentren a su cargo.

En el caso de que hubiera discrepancia entre el médico , familiares o representante legal que realiza los cuidados del paciente se le comunicará al órgano judicial competente en el menor tiempo posible.

Medidas ambientales:

Son las destinadas a evaluar y adecuar el hábitat o espacio en el que se desenvuelven las personas con estos riesgos, se utilizan para hacer un espacio lo más seguro posible y poder evitar posibles caídas, tropiezos, etc.

Estos espacios los encontramos en el propio domicilio , residencias ,centros de día , hospitales, etc.

2 Objetivos

Describir los principales métodos y medidas de protección para pacientes en residencias y hospitales.

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 como Scielo y Pubmed. También se han tenido en cuenta los conocimientos obtenidos en la realización del grado de técnico auxiliar de enfermería y a lo largo de mi experiencia llevada a cabo en mi trabajo en residencias.

4 Resultados

Estas medidas de prevención están enfocadas a personas que están ingresadas en centros especiales como pueden ser residencias o centros de día, o bien personas que permanecen en sus domicilios habituales y se quiere evitar los riesgos que puedan sufrir como pueden ser caídas, autolesiones o lesiones que puedan ocasionar a personas que estén en su entorno. Para ello se utilizarán medidas de sujeción personalizadas para cada tipo de paciente y su situación física o psíquica. Dispositivos de sujeción en cama:

Estos siempre serán colocados y revisados por el personal auxiliar de enfermería quién los cuida y custodia.

Barandillas o barras protectoras:

Se utilizan para el paciente que este encamado que no pueda bajarse o caerse de la cama, hay dos una a cada lado de la cama, a cada paciente se les podrán las necesarias siempre adaptadas a su situación, suelen ser metálicas y con un dispositivo de seguridad para que el paciente no lo pueda manipularlas.

Protección de barandillas:

Son una especie de almohadillas que van a lo largo de la barandilla metálica, su uso es de quitar y poner sencillo y se usan para que el paciente no pueda sacar partes del cuerpo a través de las barandillas metálicas y se pueda dañar la persona.

Sábana de inmovilización:

Se pone encima de la sabana bajera de la cama, la cual queda bien justada, consta de mangas donde se mete al paciente y una especie de saco cerrado con una cremallera, se suelen utilizar en pacientes con riesgo de manipularse como puede ser los pañales, sondajes ,

Sueros, etc

Cinturón abdominal:

Se coloca en la zona abdominal del paciente, permitiéndole el giro lateral en la cama y un poco de incorporación, se compone de dos cuerpos, uno que va enganchado al somier de la cama y la otra parte que se ajusta al cuerpo del paciente con un mecanismo magnético de seguridad, está indicado en pacientes que se bajan solos de la cama.

Muñequeras:

Son cintas ajustables almohadilladas que pueden ser tanto con velcro como con sistema magnético, se suelen utilizar en pacientes agitados con riesgo de autoleccionarse o lesionar a los demás y de quitarse sondajes, sueros ,etc.

Tobilleras:

Se utilizan para evitar los movimientos de los miembros inferiores en pacientes agitados a los cuales se les tiene que realizar alguna exploración o técnica.

Dispositivos en silla o sillón:

Cinturón abdominal:

Cincha que se coloca alrededor del paciente y se sujeta en el respaldo del mismo, con cinturón regulador y ajustable, se utiliza para evitar que se levante y se caiga el paciente.

Cinturón abdominal pélvico:

Se coloca igual que el anterior pero con una pieza que rodea la pelvis, este se suele utilizar en pacientes que tienden a escurrirse de la silla o sillón.

Chaleco de sujeción al tronco:

Prenda que sujeta el tronco del paciente al respaldo de la silla, se utiliza en pacientes que tienden a ladearse.

Manoplas:

Son de tela acolchada y gorda para evitar que se rasquen y manipulen.

MEDIDAS AMBIENTALES

Del entorno:

Hay que generar espacios libres de obstáculos y bien iluminados, con puntos de luz al alcance de los pacientes y fáciles de usar, tener el mobiliario lo más retirado posible para no entorpecer la ambulación de los pacientes, evitar el uso de alfombras y materiales con riesgos de caídas y tropiezos.

Utilizar materiales antideslizantes en los suelos, poniendo tiras antideslizantes sobre todo en las escaleras y señalar las zonas que estén mojadas siempre o tengan algún obstáculo.

Mobiliarios y dispositivos:

Facilitar el mobiliario adecuado a las necesidades de cada persona, poner las camas a una altura idónea para poder acostarse y levantarse, colocar trapecios para poner ayudarse en la cama para levantarse o hacer giros, utilizar sillones confortables con asientos profundos, hacer uso de cojines de cuña para corregir la alineación del cuerpo y un correcto control postural.

Tener luces de emergencia y de posición en los pasillos.

5 Discusión-Conclusión

Estos métodos son imprescindibles para que los pacientes eviten caídas que pueden desembocar en lesiones de carácter grave, como podrían ser golpes en la cabeza, fracturas de huesos, los cuales podrían desembocar en finales trágicos en personas de avanzadas edades y con otras enfermedades de base y crónicas.

Por otra parte, los daños morales y físicos que puedan surgir hay que sumar el coste a la seguridad social que ocasiona en los casos de tener que ser hospitalizados, incluso intervenidos, y a los familiares que se tengan que hacer cargo de ellos, teniendo estos que pedir permisos en el caso de encontrarse empleados y el coste a la empresa que esto conlleva.

Es más fácil garantizar la seguridad de los pacientes aplicando ciertas medidas de protección y sujeción, las cuales pueden ser temporales o indefinidas y siempre con la supervisión del personal cualificado y adaptadas a cada paciente y caso.

6 Bibliografía

1-<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/DB50F783-BEE9-494D-A661-7F7A50AC6302/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1>.

2 -Libro de formación y orientación laboral.

Capítulo 118

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS AL PACIENTE HOSPITALIZADO

RAQUEL GARDE OJEDA

1 Introducción

Un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es un profesional del ámbito sanitario que se encarga de proporcionar cuidados básicos a los pacientes. Es una figura muy importante dentro de los equipos de salud, ya que asiste en la atención directa a los pacientes.

Estos profesionales pueden desempeñar sus funciones en hospitales, clínicas, residencias de ancianos, centros de atención primaria y otros centros sanitarios. También pueden trabajar en el ámbito domiciliario, brindando cuidados a pacientes en su hogar.

Un paciente hospitalizado es aquel que ha sido admitido en un hospital y que necesita atención médica y/o cuidados continuos en un ambiente hospitalario. La hospitalización puede ser necesaria para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad, la recuperación de una cirugía, el control de una condición crónica, entre otros motivos.

Durante la hospitalización, el paciente estará bajo la supervisión de un equipo médico que incluye médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud. El equipo médico trabajará en conjunto para evaluar, diagnosticar y tratar al paciente, siguiendo un plan de cuidados personalizado que incluya la adminis-

tración de medicamentos, exámenes médicos, terapias y otros procedimientos necesarios.

El objetivo final es garantizar que el paciente reciba los cuidados necesarios para su recuperación y bienestar en el hospital y en su hogar después de su alta.

2 Objetivos

Dar a conocer el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención al paciente hospitalizado dando visibilidad a este gremio.

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, artículos y publicaciones oficiales del Ministerio del Trabajo, Ministerio de Sanidad, principales sindicatos españoles y libros especializados.

4 Resultados

Los cuidados que se brindan al paciente hospitalizado por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería son muy importantes para garantizar su bienestar y recuperación. Estos cuidados pueden variar según las necesidades del paciente y el tipo de patología que presente. Sin embargo, en líneas generales, los cuidados que se brindan a un paciente hospitalizado que es completamente válido para realizar su vida diaria son los siguientes:

- Aseo personal: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de asistir al paciente en su aseo personal, ayudándole a levantarse y acostarse en la cama, aseándolo y peinándolo si es necesario, y asistiéndolo en la higiene bucal y la colocación de prótesis dentales.
- Movilización y cambio de postura: El paciente hospitalizado puede tener limitaciones de movimiento debido a su patología, por lo que es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería lo ayude a cambiar de postura y a moverse en la cama para evitar problemas como la aparición de úlceras por presión.

-Control de signos vitales: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería también es responsable de tomar los signos vitales del paciente, como la temperatura, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, y registrarlos en la hoja de enfermería.

-Administración de medicamentos: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede ser responsable de administrar algunos medicamentos, siempre bajo la supervisión del enfermero/a.

-Ayuda en la alimentación: Si el paciente tiene dificultades para alimentarse por sí mismo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede ayudarlo a comer y beber.

Atención a necesidades especiales: El paciente hospitalizado puede tener necesidades especiales, como la necesidad de un catéter urinario, un drenaje o una ostomía. En estos casos, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe asegurarse de que estos dispositivos estén en buen estado y que el paciente reciba los cuidados necesarios.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el entorno hospitalario es esencial y vital, ya que tiene una estrecha relación con el paciente en su día a día. En muchos casos, se enfrenta a situaciones difíciles y debe convivir de cerca con la enfermedad de cada paciente, asegurándose de su bienestar y ayudando en su recuperación. Además, es responsable de garantizar el descanso del paciente en cualquier momento del día, observando detalladamente cualquier cambio en su estado físico y emocional para detectar rápidamente cualquier signo o síntoma que pueda indicar una alteración en su situación y comunicarlo al equipo médico o de enfermería. En definitiva, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un miembro clave del equipo sanitario, comprometido con la atención de calidad al paciente.

6 Bibliografía

- <https://colegioruzafa.com/10-funciones-del-auxiliar-de-enfermeria-indispensables/>
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm

Capítulo 119

LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA MARIA GOMEZ BERNAL

PEDRO ENRIQUE MARTINEZ RUIZ

LUISINA ARCURI

MARÍA DEL PILAR SAIZ CASTILLO

FRANCISCA CUCHILLO MARTINEZ

1 Introducción

El campo de la medicina conocido como cardiología se encarga de investigar y manejar el sistema cardiovascular, que incluye los vasos sanguíneos y el corazón como su músculo principal.

Esta especialidad de la medicina tiene una rama quirúrgica y otra no quirúrgica. Cuando se trata de la parte quirúrgica, será realizada por un especialista llamado cirujano cardiovascular.

El padre de la Cardiología y maestro es William Harvey, quien descubrió el circuito que lleva la sangre a través del cuerpo humano.

Hoy en día esta rama de las ciencias de la salud es llevada a cabo por diferentes especialistas que trabajan en equipo para el buen funcionamiento del servicio y

poder atender de la forma más satisfactoria posible a los pacientes que lo necesitan. Las muertes por enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en los países occidentales, con mucho más hombres que mujeres afectados por ella.

El especialista en cardiología es el médico formado en esta rama específica durante 5 años, siendo asistido en todo momento por el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería o equipo asistencial correspondiente. Como Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería jugamos un papel fundamental en la atención al paciente y sin nuestra figura, la labor del cardiólogo no sería posible sin nuestro apoyo. Actualmente existe una tendencia al alza en mujeres afectadas por enfermedades cardiovasculares.

2 Objetivos

Describir el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la consulta de cardiología hospitalaria y su importancia dentro del hospital.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed Google Académico. Se han utilizado búsquedas en revistas científicas y artículos de cardiología básica. Se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: sistema cardio vascular, consulta, técnico de cuidados auxiliares en enfermería.

4 Resultados

La cooperación del paciente es fundamental para ayudar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería y cardiólogo en lo que le pidan.

Si es un primero, el paciente será llamado primero por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Si se trata de una sucesiva o segunda consulta, se realizarán las pruebas complementarias que el médico considere necesarias.

Nuestro trabajo es, ante todo, asistir al paciente. Si es necesario, les ayudaremos a entrar.

En la consulta de cardiología, por norma general, al paciente siempre se le realizará un electrocardiograma, un ecocardiograma, una toma de tensión arterial

y una toma de frecuencia cardiaca.

Para el electrocardiograma colocaremos al paciente en la camilla en decúbito supino, le pegaremos las pegatinas y las derivaciones, son seis derivaciones precordiales y cuatro derivaciones de extremidades. La información será recopilada. Empezaremos a intentar capturar el electro una vez que lo veamos en la pantalla del ordenador, limpio y dividido en cuatro partes. Lo imprimiremos y se lo mostraremos al cardiólogo para conocer el resultado final.

Para el ecocardiograma colocaremos al paciente en decúbito lateral sobre la mesa apoyado sobre su lado izquierdo y con un leve giro hacia su derecha, de ese lado es donde se ubica el cardiólogo y desde donde hará la prueba con el ultrasonido, nosotros ayudará en todo lo necesario. Cuando termine el cardiólogo, le proporcionaremos al paciente papel para poder limpiar el producto que se utiliza para la transmisión de la señal a través de la sonda de ultrasonido.

Se tomará la presión arterial y la frecuencia cardiaca mediante el tensiómetro, colocándolo en el brazo izquierdo del paciente siempre que sea posible. Para una medición fiable, el paciente debe estar tranquilo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos afirmar con confianza que la contribución del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería a la consulta de cardiología es fundamental para su funcionamiento exitoso.

Se tiene en cuenta que una buena comunicación entre los diferentes trabajadores, así como una buena comunicación entre el paciente y los trabajadores y el médico nos llevará a un estado de trabajo mucho más llevadero, generando más concentración y un diagnóstico mucho más certero.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe conocer todas las tareas que realiza en cardiología y ejecutarlas de manera eficiente. Al hacerlo, apoyará los esfuerzos del equipo de atención médica y trabajará continuamente en beneficio del paciente.

6 Bibliografía

-Anomalías congénitas de las arterias coronarias del adulto descritas en 31 años de estudios coronariográficos en el Principado de Asturias

Capítulo 120

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO

ANA MARIA GOMEZ BERNAL

PEDRO ENRIQUE MARTINEZ RUIZ

LUISINA ARCURI

MARÍA DEL PILAR SAIZ CASTILLO

FRANCISCA CUCHILLO MARTINEZ

1 Introducción

El puerperio, también conocido como cuarentena, se define como el período desde que la madre da a luz al bebé o expulsa la placenta hasta la normalización de todos los cambios fisiológicos que se hayan podido producir.

Tiene una duración aproximada de entre seis y ocho semanas, más o menos en torno a los cuarenta días, aunque en algunos casos, dependiendo de la lactancia, puede alargarse e incluso durar seis meses.

El puerperio tiene tres etapas claramente divididas: la primera veinticuatro horas después del parto, que se denomina puerperio inmediato, el puerperio temprano comienza el segundo día y dura hasta aproximadamente una semana después del parto, el puerperio remoto que abarca desde el décimo día a que pasan unos cuarenta días, y finalmente, el puerperio tardío que puede durar. Durante

el puerperio, el cuerpo de la madre sufre notables cambios, tanto físicos como funcionales, para volver progresivamente al estado en que se encontraba antes del embarazo, la anatomía y las alteraciones que se han producido en las funciones de las glándulas y órganos del cuerpo de la madre durante el período de gestación del embrión.

El embarazo es un periodo de cambios constantes para la mujer en el que el parto suele ser el momento más deseado, no obstante, tras el nacimiento los retos a afrontar pueden desbordar a los padres. La realidad es distinta a la que suelen idealizar los padres y en ocasiones pueden desbordarles. Informar y dar apoyo a las madres y padres que acaban de tener un hijo es de gran importancia para adaptarse a las nuevas condiciones.

2 Objetivos

- Conocer la definición, fases y características del puerperio.
- Conocer las funciones como Técnico Auxiliar en Enfermería durante el puerperio de la mujer.

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 en libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: “Scopus”, “Medline” y “Pubmed”. Seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe conocer los principales cambios que se producen en el cuerpo de la mujer durante el puerperio:

- Se produce la cicatrización cervical, vaginal y perineal.
- El útero pasa por involución.
- Aparecen loquios (mezcla de restos de sangre del revestimiento del útero y secreciones producidas cuando la herida producida por la placenta cicatriza tras su expulsión).
- Los senos se agrandan y comienzan a producir leche.

Durante el puerperio, la madre necesita toda la ayuda médica y psicológica posible. Debido a que tienen una relación tan estrecha con la madre, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería juega un papel crucial.

Entre las diversas funciones que debe realizar un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería durante el puerperio materno se encuentran:

- Verificar que la madre orine por primera vez dentro de las veinticuatro horas posteriores al parto.
- Es frecuente que, después del parto, la madre sufra estreñimiento hasta que su intestino vuelva a su posición natural. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe controlar y evaluar la frecuencia de defecación de la madre y recomendar, cuando esté indicado, que se levante y camine lo antes posible.
- Controlar el tono uterino y la involución durante los primeros días posteriores al parto.
- Vigile la salud de los pezones a medida que aumenta la producción de leche para evitar la formación de grietas y posibles infecciones.
- Ayudar a la madre con la higiene perianal y las duchas diarias desde el primer día.
- Controlar y registrar las constantes de la madre y el recién nacido.
- Ayudar y capacitar a los padres en todos los cuidados relacionados con el recién nacido:
Vestirse, bañarse, amamantar, cuidar el cordón umbilical, etc.
- Estimular a la madre y fomentar la deambulación, evitar que pase largos periodos de tiempo en la cama.
- Fomentar, en la medida de lo posible, el descanso de la madre y del recién nacido.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, aunque puede ocurrir que algunas mujeres pasen el puerperio sin ningún tipo de dificultad, hay otras a las que les cuesta mucho más superar esta etapa, ya que, en ocasiones, la incertidumbre de esta nueva etapa puede abrumarlas. El papel del técnico auxiliar de enfermería es crucial en cada uno de los dos escenarios, tanto a nivel hospitalario como a nivel hospitalario.

Las madres son apoyadas y acompañadas psicológicamente. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería suele pasar mucho tiempo con la madre entre el personal del hospital, y no hay que olvidar que la depresión puede sobrevenir en cualquier momento de este proceso.

6 Bibliografía

- Puerperio: qué es, etapas y cuidados (atida.com).
- ¿Qué es el puerperio? (fertilab.net).
- Aspectos clínicos del puerperio (icmer.org).

Capítulo 121

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIÓN CON LOS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA

ANA MARIA GOMEZ BERNAL

PEDRO ENRIQUE MARTINEZ RUIZ

LUISINA ARCURI

MARÍA DEL PILAR SAIZ CASTILLO

FRANCISCA CUCHILLO MARTINEZ

1 Introducción

La micción incompleta, que provoca un goteo continuo y es más común en los hombres, puede provocar incontinencia urinaria. Los auxiliares de enfermería bien capacitados facilitarán el cuidado de las personas dependientes.

La pérdida involuntaria de la orina se conoce como una incontinencia urinaria. Además, puede ser temporal o permanente. Este tipo de problema es un problema médico y social importante porque reduce significativamente la calidad de vida de todos quienes lo experimentan, además de limitar su autonomía y bajar su autoestima personas que sufren este tipo de problema de salud.

Para mejorar la calidad de vida de los pacientes, sean o no ancianos, los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería deben conocer bien las técnicas de actuación y conocer muy a fondo este tipo de patologías.

La incontinencia urinaria, la intensidad y el color de la orina, y cualquier posible efecto secundario en quienes, en gran parte, serán los pacientes, deben ser bien entendidos por los auxiliares de enfermería.

La incontinencia urinaria se puede clasificar según su tipo:

- Incontinencia urinaria funcional (IUF).
- Incontinencia urinaria de urgencia (UIU).
- Incontinencia bajo estrés (IUE).
- Incontinencia urinaria mixta (IUM).
- Incontinencia urinaria por rebosamiento.
- Incontinencia urinaria en su totalidad.
- Incontinencia urinaria que es transitoria.

2 Objetivos

Describir algunos aspectos básicos a tener en cuenta por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en relación con pacientes con incontinencia urinaria.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, se han buscado minuciosamente en busca de libros y artículos, respectivamente.

4 Resultados

Las obligaciones de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes deben basarse en intervenciones conductuales, dietéticas y de estilo de vida.

- El uso del instrumento.
 - Recuperación de la función de la vejiga. Cuando el el paciente sienta ganas de orinar, debe hacer un esfuerzo por desviar su atención. La primera fase dura aproximadamente de 15 a 30 minutos, con un objetivo de 3 a 4 horas.
- Frecuencia de la micción a lo largo del día.

Se pueden dar estas recomendaciones al paciente con incontinencia:

- Tomar diuréticos por la mañana.
- Beber cantidades moderadas de agua; aumenta por la mañana y disminuye por la noche; dividir las comidas por la cantidad de agua; es diurético. Antes de irse a dormir y dos veces más mientras duerme, el paciente debe ir al baño.
- Controlar periódicamente si el paciente está seco, preguntar si necesita ir al baño y animar a permanecer seco.
- Ejercicios de Kegel adaptados a mujeres con incontinencia urinaria. Esto implica el desarrollo de técnicas que contraen y relajan simultáneamente los músculos perianal, perianal y perianal para reforzarlos.
- Incluir un horario para orinar cada dos a cuatro horas en sus actividades diarias, incluso por la noche.
- Mantener una correcta higiene urinaria y y genitourinaria. Los cambios que se traducen en dos niveles: son las causas fundamentales de la incontinencia urinaria.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares de enfermería bien capacitados facilitarán el cuidado de las personas dependientes. Para evitar que los pacientes se sientan culpables por su incontinencia, es crucial comenzar explicando la condición. Al tratar con pacientes que usan pañales, debemos ser considerados y estrictos con la higiene personal y los cambios de pañales, además de vigilar la piel para detectar posibles cambios de color. Los técnicos auxiliares de enfermería aplicarán una crema barrera y avisarán a la enfermera a cargo de los pacientes de cualquier tipo de afectación. La incontinencia urinaria, la intensidad y el color de la orina, y cualquier posible efecto secundario en quienes, en gran parte, serán los pacientes, deben ser bien entendidos por los auxiliares de enfermería.

6 Bibliografía

- <https://www.scielo.org/es/>.
- <https://auxiliarenfermeria.es/incontinencia-urinaria/>.

Capítulo 122

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS CONSTANTES VITALES DEL PACIENTE

AITANA ESPARCIA VIZCAYA

MARIA JOSÉ VIZCAYA SÁNCHEZ

NOELIA DÍAZ PÉREZ

ALMUDENA DÍAZ PÉREZ

MARIA DE LOS LLANOS DÍAZ PÉREZ

1 Introducción

Los indicadores de la salud general de un paciente se denominan signos vitales. Los valores de estas variables varían de persona a persona dependiendo de factores como la edad y la actividad previa realizada.

El historial médico del paciente incluye un cuadro de registro de signos vitales, que le permite al médico medir rápidamente la condición física del paciente, generalmente, se separan dos grupos de gráficos:.

- Gráficos habituales de cada mes. Los registros diarios se recopilan durante 30 días en dos controles (mañana y tarde). Consisten en signos vitales, dieta y peso,

medicamentos recetados y equilibrio de líquidos (ingreso y eliminación de líquidos corporales).

- Gráficos utilizados para administrar el tiempo. Se aplica a pacientes que necesitan un seguimiento más frecuente, como los que están ingresados en unidades de cuidados intensivos, quirófanos, unidades de cuidados postoperatorios, salas de urgencias, unidades coronarias, etc.

La siguiente información se almacena en el registro constante:

- Temperatura: denotada por una T, sus valores oscilan entre 34 y 41 grados. Tiene una marca roja.
- Frecuencia cardíaca: Se indica con una P en el gráfico. Los valores oscilan entre 50 y 160 pulsaciones por minuto. Tiene marcas azules.
- Respiración: denotada por una R, sus valores oscilan entre 10 y 60 respiraciones por minuto. Tiene marcas negras.
- Presión arterial: T se utiliza para indicarlo en el gráfico. A. La tensión máxima se muestra en un punto, la tensión mínima en otro, y una línea vertical conecta ambos.

2 Objetivos

Exponer cómo se toman las constantes vitales por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para su correcto registro en la gráfica de cada paciente.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se utilizaron Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar para buscar artículos con el fin de elegir artículos científicos de revistas académicas examinadas.

4 Resultados

En los hospitales, las constantes generalmente se toman una vez por turno, aunque esto puede cambiar según la situación clínica. Los gráficos que muestran los valores de los signos vitales permitirán evaluar el estado y el curso del desarrollo.

Las fases que requieren constantes esenciales son:

1. Medición de la temperatura corporal: Un termómetro es la herramienta utilizada para medir la temperatura corporal. El asistente de enfermería puede tomar lecturas de temperatura en cualquier lugar.
2. Pulso arterial: Es la expansión y contracción regular de una arteria provocada por la entrada repentina de sangre impulsada por el corazón. Los adultos suelen tener una frecuencia cardíaca de entre 60 y 80 latidos por minuto. La arteria temporal, la arteria carótida, la arteria branquial, la arteria radial, la arteria femoral, la arteria poplítea, la arteria tibial y la arteria cuestionada son las áreas donde el pulso cardíaco periférico está más visiblemente presente en el paciente.
- 3- Pulso apical o central : Para ello se usa el fonoscopio para poder auscultar la punta del corazón del paciente en el quinto espacio intercostal en la línea medio clavicular izquierda.
- 4-Respiración: Se utilizará un reloj con segundero y un gráfico para medir la respiración. Hay que sostener el brazo del paciente sobre el tórax permitirá ver la subida y bajada del tórax, mejorando la medición.
- 5-Presión arterial: Esto se refiere a la presión a la que la sangre es forzada a través de las arterias. Sus valores normales oscilan entre un mínimo de 70 a 90 milímetros de mercurio y un máximo de 120 a 140 milímetros de mercurio.
- 6-Presión venosa central: Encuentra la la presión en la vena superior o en la aurícula derecha.

5 Discusión-Conclusión

El Equipo de Enfermería es responsable de recopilar y documentar todos los signos vitales de los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos, pero es crucial que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería conozca los rangos normales para que pueda notificar a las enfermeras cualquier anomalía y actuar lo antes posible.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de tomar la temperatura en las plantas de los hospitales.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería será responsable de la preparación de todas las demás medidas de valor, de los suministros necesarios, preparar al paciente y ayudar al personal de enfermería según sea necesario.

Es importante el conocimiento y la correcta formación del TCAE respecto a la toma de constantes vitales del paciente.

6 Bibliografía

-www.google.es

-<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 123

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

AITANA ESPARCIA VIZCAYA

MARIA JOSÉ VIZCAYA SÁNCHEZ

NOELIA DÍAZ PÉREZ

ALMUDENA DÍAZ PÉREZ

MARIA DE LOS LLANOS DÍAZ PÉREZ

1 Introducción

Los centros de atención primaria están formados por un grupo de profesionales cuyo principal objetivo es mejorar la salud de la población en general; como resultado, son muy conscientes de las expectativas puestas en ellos y de las responsabilidades que las acompañan.

El personal de enfermería de los centros de salud es consciente de su posición dentro del sistema sanitario y se esfuerza al máximo para proporcionar a los pacientes un cuidado completo y una atención cercana, ya que ello les facilitará mucho su trabajo. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el resto del personal de enfermería debemos trabajar para generar confianza con el paciente nada más cruzar las puertas del centro de salud porque así nos facilitara el trabajo.

Su educación y experiencia le permiten identificar los datos que el personal de enfermería encontrará útiles y esenciales.

Las funciones de la categoría estatutaria de Auxiliar de Enfermería vienen reguladas en los artículos 74 al 85 de la Orden de 26 de abril de 1973 en la que se aprueba el Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

2 Objetivos

Describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los centros de atención primaria.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se utilizaron Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar para buscar artículos con el fin de elegir artículos científicos de revistas académicas examinadas.

4 Resultados

Los centros de salud son el nivel básico de la atención primaria. Se caracterizan por su accesibilidad y la capacidad para abordar íntegramente los problemas de salud más frecuentes y se suele prestar mayoritariamente, en los ambulatorios. Además de un trastorno orgánico, la gran mayoría de los pacientes que acuden a un hospital tienen una enfermedad crónica que les afecta en su día a día. Los pacientes buscan una cura o consuelo de su sufrimiento cuando visitan el centro médico. Se simplifica mediante dosificaciones personalizadas y seguimiento del tratamiento.

Para mantener el control de la situación en todo momento, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe mantener una actitud cercana e íntima.

Las siguientes son solo algunas de las muchas funciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de la estructura organizativa del centro de salud:

- Verificar que el paciente sea el correcto y que el volante o solicitud de prueba sea para la prueba correcta.
- Recepción de muestras.

- Reposición de suministros.
- Instalaciones de comprobación (oxígeno, aspiración, etc.).
- Recepción de muestras.)

Según los estudios más recientes de la OMS que muestran que la población mundial está envejeciendo rápidamente, el 22 por ciento de la población mundial tendrá más de 60 años para 2050, o en menos de medio siglo, el cambio demográfico será más que notable y el aumento en la presión sobre la capacidad de atención de los centros será insostenible si no se toman las medidas necesarias para evitarlo. La necesidad de más personal y recursos en atención primaria 266 es crítica. Todo esto aumenta la probabilidad de brindar los servicios mejores y de mayor calidad que el público espera, y mejora directamente la situación de los hospitales, que generalmente son los que reciben a estos pacientes y no le brindan la atención adecuada debido a una falta de recursos.

5 Discusión-Conclusión

Cuando se trata de ofrecer servicios de salud a los ciudadanos, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son un componente crítico del equipo de enfermería. Su educación y experiencia le permiten identificar los datos que el personal de enfermería encontrará útiles y esenciales, gracias al uso de habilidades sociales como la atención, comprensión y empatía con el paciente contribuye a mantener un buen ambiente de trabajo. En otras palabras, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener en el ámbito de sus responsabilidades, asegurarse de que el paciente cuente con los recursos suficientes para atender el problema que lo trajo al centro de salud. Finalmente, es nuestra responsabilidad como miembros de la comunidad médica trabajar para avanzar en la educación para la salud.

6 Bibliografía

www.scielo.org

Capítulo 124

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS

AITANA ESPARCIA VIZCAYA

MARIA JOSÉ VIZCAYA SÁNCHEZ

NOELIA DÍAZ PÉREZ

ALMUDENA DÍAZ PÉREZ

MARIA DE LOS LLANOS DÍAZ PÉREZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos son un modelo de atención en salud que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias en casos de enfermedades que amenazan la vida a través de la mitigación del sufrimiento y su prevención, así como a través de la detección temprana y la evaluación precisa. Este cuidado tiene como objetivo disminuir el sufrimiento y sus efectos de enfermedad y tratamientos contundentes.

El cuidado o tratamiento paliativo, en otras palabras, tiene como objetivo poder ayudar a los pacientes para así recuperarse de enfermedades graves o para pre-

venir y/o tratar sus síntomas, el objetivo de este tratamiento es mejorar la salud del paciente mediante el tratamiento de los síntomas de la enfermedad.

Si bien la causa no está bajo control, se podría decir que se trata de un esfuerzo por reducir las complicaciones que acarrea la enfermedad actuando directamente contra ellas.

Las necesidades médicas y farmacéuticas del paciente serán atendidas por el técnico auxiliar de cuidados de enfermería con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir el dolor.

El paciente terminal recibirá una serie de cuidados por parte del TCAE en función de sus necesidades

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en relación con la unidad de cuidados paliativos.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se utilizaron Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar para buscar artículos con el fin de elegir artículos científicos de revistas académicas examinadas.

4 Resultados

Tener una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, no poder responder a un tratamiento en particular y experimentar un empeoramiento de los síntomas con el tiempo son las características de una enfermedad terminal.

Los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería trabajan para controlar el dolor físico, el dolor psicológico, el social y el espiritual del paciente, así como los síntomas de incomodidad (ajustes posturales, una buena acomodación de la cama y acondicionamiento de la habitación).

Además, apoyan, respetan y acompañan al paciente y sus seres queridos antes y después de la muerte.

Los cuidados paliativos se pueden proporcionar al mismo tiempo que los tratamientos específicos de la enfermedad, o se pueden combinar.

En el hospital, el paciente es atendido y atendidas sus necesidades por los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y el resto del personal médico, que trabaja para darle la mejor atención posible tanto de su enfermedad como de cuidados básicos, en los que el técnico de cuidados auxiliares de enfermería participa hasta el final.

Dado que la enfermedad no solo afecta al cuerpo, cubre todo tipo de necesidades, entre ellas:

- Problemas físicos, como es el dolor.
- Problemas emocionales, sociales y de afrontamiento: Debido a que las emociones pueden verse afectadas, el apoyo emocional es crucial. Cuando un paciente ingresa en un hospital, esto también puede hacer que se sienta más aislado, lo que podría generar problemas sociales y problemas de afrontamiento porque no sabría cómo manejar la situación.
- Problemas del mundo real, como la restricción de la autonomía.

Es crucial estar siempre con el paciente y la familia en todo lo que se requiera porque todos estos problemas pueden desarrollarse en cadena y y manifestarse al mismo tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Todavía hay escasez de información sobre los cuidados paliativos en la actualidad.

Para explicar qué son los cuidados paliativos y cómo tratarlos, los centros deberían proporcionar más información y promover todos los recursos necesarios para dichos programas e investigaciones.

Dado que será él quien pase la mayor parte del tiempo con la paciente y se ocupe de sus necesidades básicas, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un actor fundamental en esta atención. Por lo tanto, puede ofrecer más consuelo y apoyo emocional al paciente y su familia, así como informar cualquier problema o cambio que noten en él.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>.
- <https://grupolasmimosas.com/mimoonline/7-objetivos-de-los-cuidadospaliativos/>

Capítulo 125

CUIDADOS AL PACIENTE TRASPLANTADO DE RIÑÓN

ANDREA ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El trasplante de riñón o también conocido como trasplante renal consiste en una cirugía quirúrgica en la cual se extrae el riñón dañado, y se coloca un riñón sano de una persona que es donante, puede estar viva o estar allecida.

La función que tienen los riñones en nuestro cuerpo es muy importante ya que se encargan de filtrar y poder eliminar desechos de nuestro cuerpo mediante la orina, si el riñón deja de funcionar nos puede alterar la presión arterial y ocasionarnos una insuficiencia renal .

Las personas que tienen enfermedades renales para eliminar los desechos de su propio cuerpo necesitan eliminarlos a través de una máquina para realizar una diálisis o ya recurrir al trasplante de riñón.

La diálisis o hemodiálisis es una máquina que nos hace la función de nuestro riñón, como un riñón artificial filtrando la sangre y eliminan los desechos que son peligrosos para nuestro cuerpo, es importante también seguir una dieta adecuada.

El trasplante de riñón nos va a dar una mejor calidad de vida , una vida más larga sin riesgo de muerte, minimizar el coste que supone otro tipo de tratamiento.

No todo el mundo es candidato a recibir el trasplante de riñón, ya que algunos factores pueden descartarte de ello , como puede ser tener una edad avanzada, enfermedades avanzadas, cáncer, malos hábitos, etc...

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta en relación con el trasplante de riñón y los cuidados al paciente trasplantado.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realiza una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos con las informaciones mas actuales como : WIKIPEDIA, GOOGLE ACADÉMICO, Medline plus utilizando las siguientes palabras descriptoras : enfermedad renal , trasplante de riñón, Diálisis, equipo de enfermería.

4 Resultados

La incidencia de supervivencia en pacientes trasplantados de riñón fue de 96,7% a 1 año, 95,5% a 3 años y 90,7% a 5 años

Antes de someterse al trasplante es muy importante ser evaluado por un equipo sanitario, para saber si una persona es candidata o no para realizar este procedimiento, esta evaluación puede llegar a durar un largo periodo de tiempo pueden ser semanas o incluso meses , algunas de las pruebas que realizan en estas evaluaciones son las siguientes: extracción de sangre y control de piel, descartar algún cáncer inicial , controles del corazón etc...

Si el equipo de sanitarios determinan finalmente que se cumplen con todos los requisitos accederemos a la lista de espera nacional.

Finalmente el paciente puede perder la oportunidad de recibir el trasplante renal si se presentan alguna de estas circunstancias como puede ser : infecciones, padecer enfermedades de corazón de pulmón o de hígado, inconvenientes a la hora de tomar medicación de una forma rutinaria, hepatitis, malos hábitos en tu día a día como puede ser el ser gran fumador, consumos de alcohol y drogas etc....

Es muy importante también mencionar los riesgos que podemos correr cuando somos sometidos a un trasplante de riñón ya que este proceso es un proceso quirúrgico y corremos algunos riesgos después de la cirugía y también corremos el riesgo de sufrir un rechazo del órgano sano en nuestro cuerpo.

Por eso es muy importante que el equipo de sanitarios pongan en conocimiento al paciente todos los riesgos que puede llegar a correr entre ellos , sangrados, coágulos, infecciones, rechazo del órgano donado, ataque al corazón, muerte.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a este procedimiento como es el trasplante de riñón podemos llegar a recuperar nuestra calidad de vida , es muy importante que antes de la salida del hospital el paciente debe asegurarse que entiende todas las pautas a seguir como son los cuidados que debe tomar, medicación para evitar el rechazo ,dieta adecuada, realizar ejercicio, no fumar ni beber etc..

Es muy importante realizar revisiones después del trasplante para asegurarnos en todo momento que nuestro riñón esta funcionando.

Un trasplante de riñón tiene como resultado una mejora en la calidad de vida de la persona . Es muy importante seguir todas las pautas que te recomiendan el equipo de enfermería antes y después de realizar el trasplante de riñón, ya que resulto beneficioso para conseguir el éxito del trasplante.

6 Bibliografía

MAY TRANSPLANT THE HUMAN HEART (.PDF), The New York Times, 2 de enero de 1908

Matevossian E, Kern H, Hüser N, Doll D, Snopok Y, Nährig J, Altomonte J, Sinicina I, Friess H, Thorban S (Dec 2009). «Surgeon Yurii Voronoy (1895–1961) – a pioneer in the history of clinical transplantation: in Memoriam at the 75th Anniversary of the First Human Kidney Transplantation». *Transplant International* 22 (12): 1132-1139. PMID 19874569. doi:10.1111/j.1432-2277.2009.00986.x.

Stressmarq.com; Indiatoday.intoday.in Archivado el 29 de diciembre de 2017 en Wayback Machine.; Healthcentral.com (retrieved 12 February 2018)

David Petechuk (2006). *Organ transplantation*. Greenwood Publishing Group. p. 11. ISBN 978-0-313-33542-6.

Legendre, Ch; Kreis, H. (Noviembre de 2010). «A Tribute to Jean Hamburger's Contribution to Organ Transplantation». *American Journal of Transplantation* 10 (11): 2392-2395. PMID 20977631. doi:10.1111/j.1600-6143.2010.03295.x.

«Transplant Pioneers Recall Medical Milestone». NPR. 20 de diciembre de 2004. Consultado el 20 de diciembre de 2010.

Primer trasplante de riñón a un bebé de menos de 5 kilos

Trasplantan por primera vez en España dos riñones procedentes de un mismo donante a dos pacientes gemelos idénticos

«Ellas donan más riñones y ellos más hígados». ELMUNDO. Consultado el 6 de septiembre de 2018.

Crew RJ, Ratner LE. AB0-incompatible kidney transplantation: current practice and the decade ahead. *Curr Opin Organ Transplant* 2010 Aug; 15(4): 526-30.

Capítulo 126

FUNCIONES Y PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN DE HOSPITALES

NEREA PÉREZ-CEJUELA MORENO

LUCÍA MORENO CANO

ROSA MARÍA GARRIDO REQUENA

LOLA SERRANO BELLOT

MARIA LLANOS ALFARO JAVEGA

1 Introducción

El papel principal del servicio de esterilización es garantizar a todos los pacientes que los objetos y materiales necesarios estén esterilizados, desinfectados y limpios. Antiguamente lo normal es que cada quirófano y sala de curas preparase su instrumental el cual desinfectaban en hervidores sin ningún tipo de control de tiempo ni temperatura. En 1964 se establecen los primeros sistemas de bandejas preparadas y se desarrolla la autoclave de alto vacío y la cinta para el test de Bowie-Dick.

El servicio de esterilización es un servicio que pertenece y depende del hospital, está centralizado y comunicado con todas las unidades, principalmente con el bloque quirúrgico, al que pertenece.

La central de esterilización es aquel lugar que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye el material médico, textil e instrumental a todos los sectores del área hospitalaria, con el fin de que sea utilizado de manera consciente por el paciente.

El proceso de esterilización consiste en:

- Prelavado.
- Lavado y descontaminación.
- Secado.
- Preparación del material.
- Empaquetado.
- Método de esterilización.
- Almacenamiento y distribución.

La principal función de la central de esterilización es aplicar el procedimiento de esterilización adecuado a cada tipo de material, garantizando la efectividad y eficiencia de los métodos utilizados.

Será también función de la central aplicarlo con seguridad, procurando una disminución de los riesgos propios de cada método de manera que se utilicen los más seguros para todos.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el servicio de esterilización.
- Valorar la importancia del TCAE en el servicio de esterilización, la cual es mucha y fundamental.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

El personal que trabaja en el servicio de esterilización debe de conocer las medidas de seguridad y normas de higiene que deben cumplirse, además de las zonas restringidas.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio esterilización son:

- Recepción y lavado de material.
- Preparación y acondicionamiento del mismo.
- Efectuarán los procedimientos de esterilización adecuados dependiendo del tipo de material.
- Almacenamiento del producto estéril.
- Entrega de materiales procesados.
- Confección de registros de recepción, procesamiento, almacenaje y entrega del material.
- Elaboración de la estadística diaria.

Debe de ser un personal altamente cualificado y preparado en todos los temas que a esterilización de refiere.

El personal de la plantilla de la central de esterilización debe de estar perfectamente entrenado para realizar las funciones que se le asignen.

En las centrales de esterilización debe de existir un manual en el que se detallen todas las normas y este manual debe de ser accesible a todo el personal.

El trabajo en las centrales de esterilización constituye un riesgo para la salud del personal si no se toman las medidas adecuadas. Este personal está expuesto a situaciones que pueden afectar su salud, las cuales deben de ser controladas y evitadas.

Los programas de formación continuada estarán dirigidos a enseñar a los trabajadores de la central los procedimientos que deben realizar, de manera que sea posible prevenir posibles errores que puedan surgir como consecuencia de técnicas deficientes.

La técnica más utilizada de esterilización es por calor húmedo. La autoclave utiliza vapor saturado a presión provocando alteraciones en las proteínas de las células de los microorganismos infecciosos.

El autoclave es un recipiente de cierre hermético, parecido a una olla a presión. Consta de una cámara de esterilización, que lleva una llave y un manómetro para regular la presión y la temperatura que se desea alcanzar dentro.

También tiene una llave de purga para eliminar el aire que exista dentro Las temperaturas y presiones y tiempo que se utilizan son:

1 atmósfera = 120°C—15-20 min.

2 atmósferas = 134°C—12-15 min.

3 atmósferas = 144°C—10 min.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener claro que el servicio de esterilización es el pulmón del hospital. Es necesario y fundamental que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tenga los conocimientos necesarios para realizar su trabajo con responsabilidad, ya que de ello dependerá en gran medida la aparición de infecciones asociadas al uso del material.

Se trata de una cadena de prevención que incluye a todo el personal sanitario que esté en contacto directo con los materiales a esterilizar. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es clave, ya que él asegura y garantiza la completa y correcta esterilización de todo el material.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 127

LA APARICIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) FRENTE A LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS EN EL AUTOCOID

ELENA TOMÁS BURGOS

ANA ISABEL LÓPEZ GARRIDO

MARÍA JESÚS ADALID AGUILAR

1 Introducción

El coronavirus es un vasto grupo de virus que se sabe que causan un espectro de enfermedades, que van desde el resfriado común hasta presentaciones clínicas más extremas, como las observadas en el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y el coronavirus del Síndrome Respiratorio de Medio Oriente (MERS) . Los efectos del COVID-19 difieren según el individuo, y la mayoría de las personas que contraen el virus experimentan solo síntomas leves o moderados que no requieren hospitalización. En 2019, se descubrió un nuevo tipo de coronavirus (COVID-19) en Wuhan, China. Este nuevo coronavirus no se había identificado previamente en humanos. Este curso proporciona una introducción completa a Covid-19, así como a otros virus respiratorios emergentes. Este material ha sido creado para beneficio de varios grupos, incluidos profesionales de la salud

pública, personal de las Naciones Unidas, ONG y organizaciones internacionales. Es importante tener en cuenta que el nombre de la enfermedad se estableció después de la creación de este material y cualquier referencia a la enfermedad se refiere a Covid-19, que es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus identificado más recientemente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una revisión del nombre de la enfermedad y su virus causal, y se determinó que “Covid-19” es un término femenino. Por lo tanto, debe reconocerse que cualquier referencia a “Covid-19” implica “Covid-19”.

2 Objetivos

El objetivo principal es el poner de manifiesto la importancia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y sus funciones frente a la pandemia de coronavirus.

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, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La transmisión de Covid-19 ocurre cuando una persona infectada exhala gotitas y partículas respiratorias diminutas que contienen el virus. Estas gotitas y partículas respiratorias pueden ser inhaladas por otros, o pueden depositarse en los ojos, la nariz o la boca de las personas cercanas. En algunas situaciones, estas gotas también pueden contaminar las superficies que se tocan. Aquellos que se encuentran a menos de seis pies de una persona infectada corren un mayor riesgo de contraer el virus. Los síntomas de la infección incluyen problemas respiratorios como tos, fiebre y dificultad para respirar, así como síntomas inespecíficos como cambios en el gusto y el olfato, dolor muscular, dolor en el pecho, diarrea y dolores de cabeza, entre otros. También es posible ser asintomático. Las pruebas que se emplean actualmente para detectar infecciones activas (PDIA) se basan en:

- La detección rápida de antígenos es posible gracias al uso de una RADT (prueba rápida de diagnóstico de antígenos).
- La identificación del ARN viral se puede realizar mediante RT-PCR o un método molecular comparable.

La propagación de Covid-19 se puede atribuir a tres modos principales de transmisión.

Si una persona está cerca de una persona infectada que libera pequeñas gotas y partículas respiratorias que contienen el virus, puede contraer el virus al inhalarlo.

El virus puede asentarse en los ojos, la nariz o la boca a través de pequeñas gotas y partículas respiratorias, especialmente cuando la tos o el estornudo provocan salpicaduras y aerosoles.

El virus puede transmitirse cuando las manos contaminadas entran en contacto con los ojos, la nariz o la boca.

El período de aislamiento se prolongará durante al menos diez días desde el inicio de los síntomas y hasta que hayan transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y la mejora del cuadro clínico.

El TCAE en el servicio de Covid-19 se encarga de diversas tareas, entre ellas la higienización del paciente, el soporte nutricional a través del equipo de nutrición y la aspiración bucal. Adicionalmente, el TCAE también podrá asistir en el autocovid. En estos casos, una de sus funciones es documentar la información del paciente para la prueba PCR.

5 Discusión-Conclusión

El año 2020 resultó ser un año inesperado que provocó una crisis sanitaria internacional. Actualmente, el mundo está experimentando las repercusiones de la pandemia de Covid-19, y desde su inicio, las enfermeras han estado en primera línea brindando asistencia. Entre los profesionales de la salud, el TCAE es el que más cerca está de atender las necesidades fisiológicas de cada paciente. El TCAE es el responsable de obtener muestras como heces, esputo, orina y vómito. Además, también son los que se encargan de gestionar las excreciones y registrar valores en base a órdenes médicas.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 128

ALZHEIMER: SOBRECARGA EN EL CUIDADOR Y ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ELENA TOMÁS BURGOS

ANA ISABEL LÓPEZ GARRIDO

MARÍA JESÚS ADALID AGUILAR

1 Introducción

Nuestro próximo tema de discusión se relaciona con el problema de la sobrecarga del cuidador entre las personas afectadas por la demencia, con un enfoque particular en la enfermedad de Alzheimer. Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), tenemos la responsabilidad de implementar estrategias que puedan paliar este problema. La sobrecarga, en este contexto, se caracteriza por una combinación de estrés psicológico, presión emocional y tensión física. Cuidar de un familiar con Alzheimer puede ser una experiencia emocionalmente turbulenta. A menudo implica adaptarse a un nuevo ritmo de vida y un proceso largo y angustioso. Estos factores pueden tener un profundo impacto en el cuidador, quien puede sentirse abrumado a diario. El estado de agotamiento físico y emocional que experimentan las personas que cuidan de pacientes dependientes se conoce como “síndrome de sobrecarga del cuidador” o “síndrome del cuidador agotado”. Según Cassals (2012), la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad

neurodegenerativa que induce demencia, afectando principalmente a personas mayores de 65 años. Da como resultado una pérdida progresiva de autonomía e interfiere en todos los ámbitos de la vida, incluidas las actividades sociales, familiares y recreativas tanto del paciente como de su familia. Actualmente, más de 46 millones de personas se ven afectadas por la enfermedad de Alzheimer en todo el mundo, y se prevé que este número se triplique para 2050 si no se descubre una cura. En España en concreto, 16.305 personas fallecieron a causa de la demencia en 2013, siendo 12.775 de estas muertes atribuidas al Alzheimer.

2 Objetivos

- Explicar posibles problemas a los cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer.
- Dar a conocer los cuidados que el TCAE puede brindar a este cuidador para apoyar su proceso.

3 Metodología

Para realizar la revisión bibliográfica se han utilizado diversos motores de búsqueda y bases de datos, entre los que se incluyen, entre otros, Medline, Scielo, PubMed, Google Scholar. Se excluyó toda documentación que careciera de texto completo accesible o información desactualizada. Los documentos también fueron excluidos si no cumplían con los criterios de inclusión o si tenían contenido duplicado.

4 Resultados

La enfermedad conocida como Alzheimer es una de las que infunde una gran sensación de aprensión e inquietud en los seres queridos de los afectados. Puede conducir a niveles elevados de estrés, ansiedad y, en algunos casos, incluso depresión. Esto puede resultar en una disminución de la capacidad del cuidador para resolver problemas y enfrentar de manera efectiva los desafíos que se presentan. Según Mateos (2003), a medida que aumenta la dependencia del individuo con respecto a su cuidador, este puede experimentar una pérdida de privacidad y tiempo libre, e incluso puede tener que reducir su jornada laboral, lo que puede conducir a una disminución de la interacción social y la estabilidad financiera. Sin un sistema de apoyo adecuado, pueden surgir varias dificultades, entre ellas:

- emociones como el estrés, la ansiedad, la depresión y la culpa.
- Insomnio, dolores de cabeza, astenia, pesadillas y problemas gastrointestinales son algunos de los síntomas físicos que se pueden experimentar.
- La baja productividad, los altos niveles de estrés y las ausencias frecuentes son problemas comunes asociados con el trabajo.
- El impacto económico de perder un trabajo, combinado con los gastos que acompañan a una enfermedad, puede conducir a una disminución de los recursos disponibles.

Es fundamental evaluar el peso que soportan los cuidadores y brindarles el apoyo adecuado para prevenir la aparición de problemas de salud física y mental. El personal de enfermería juega un papel fundamental a la hora de ofrecer una asistencia integral a los pacientes con demencia, así como a sus familiares y cuidadores. Esta asistencia puede mejorar la eficacia de los recursos sanitarios y establecer un vínculo entre los sistemas de apoyo formales e informales. Para asegurar que los cuidadores disfruten de una buena calidad de vida, es importante mitigar la carga que llevan y sus posibles consecuencias. Esta carga se puede aligerar tratando la enfermedad e implementando programas que se centren en apoyar a los cuidadores principales.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, la mitad de toda la atención que se presta a los enfermos de Alzheimer la realizan familiares o personas muy próximas, siendo tan solo un 3% administrado por profesionales o servicios sociales. Los estudios han demostrado que el cuidador típico es una mujer, generalmente una esposa o una hija, entre las edades de 36 y 70 años. La mayoría de los cuidadores tienen antecedentes educativos limitados y actualmente no están empleados. Cuidar a alguien con la enfermedad de Alzheimer requiere una cantidad significativa de ajustes. El cuidador a menudo sacrifica la privacidad personal, el tiempo libre e incluso su propio trabajo. Esto puede conducir a una pérdida de conexiones sociales y una reducción del tiempo libre. Sin una red de apoyo fuerte, los cuidadores pueden incluso experimentar problemas de salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 129

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL BALANCE HÍDRICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

ANA BELÉN SERRANO GARCÍA

IVAN CAMACHO BURGOS

1 Introducción

El elemento más importante del cuerpo humano es el agua. Llegando a tener un 76% de peso corporal en recién nacidos, y disminuyendo hasta alcanzar el 60% del peso corporal en personas mayores. La disminución del agua en el peso corporal será progresiva desde la niñez hasta la vejez.

Esta disminución viene acompañada de la disminución en la talla corporal y en la elasticidad de los tejidos, del mismo modo, se produce una mayor deshidratación de la piel y los tejidos, es por ello que los pacientes geriátricos tienen una piel más seca.

Encontramos dos tipos de líquidos dependiendo del compartimiento celular en el cual se encuentran:

- Líquidos extracelulares: encontrándose en el compartimiento intersticial y el compartimento vascular.
- Líquidos intracelulares: encontrándose en el interior de las células.

Los compartimentos extracelulares e intracelulares se encuentran separados entre ellos por una membrana celular.

El balance hídrico se entiende al equilibrio entre las entradas y las salidas de líquidos y solutos disueltos en ellos, por las vías habituales: piel, respiratoria, oral, orina, heces...

Durante el desarrollo de este capítulo científico se llevará a cabo una breve síntesis del procedimiento llevado a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante el balance hídrico de los pacientes hospitalizados.

2 Objetivos

- Dar a conocer el término de balance hídrico, describiendo aspectos importantes en relación con el balance hídrico de los pacientes hospitalizados.

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

En pacientes hospitalizados es necesario realizar una serie de aportes para mantener un balance hídrico adecuado en aquellos pacientes con largos periodos de enfermedad, este aporte es realizado por vía intravenosa.

- A los pacientes hospitalizados que se le administran líquidos por vía parenteral, reciben una aportación que se debe tener en cuenta en el balance hídrico.
- Cuando un paciente es adulto y en un estado juvenil y sano, el aporte de líquidos se encuentra entre los 2300-2600 ml cada 24 horas. Dicho aporte puede ser realizado mediante: o Una correcta alimentación, pudiendo aportar una alimentación sólida unos 1000cc líquidos. o Una bebida de líquidos, con un aporte aproximado de 1200cc. o A través de la producción endógena de agua, con un aporte de unos 300cc. El organismo produce líquidos debido a las reacciones metabólicas y oxidativas.

La pérdida de líquidos de los pacientes hospitalizados puede venir desde:

- La orina: pudiendo ser una pérdida de diuresis de 1400cc al día.
- Las heces: pudiendo ser una pérdida de 100-150 cc al día.
- La vía respiratoria: pudiendo ser una pérdida de 400cc al día.
- La piel: pudiendo ser una pérdida de 150cc al día. Hay que tener en cuenta la transpiración normal, pudiendo ser una pérdida de 400cc al día.

Se entiende como pérdidas insensibles aquellas pérdidas producidas sin que el paciente sea consciente, estas pérdidas se llevan a cabo a través de: del sudor por la piel, la transpiración y la respiración.

El balance hídrico se lleva a cabo teniendo en cuenta las pérdidas y las ganancias a través de los mecanismos de regulación, interviniendo el riñón y el control de la sed.

En pacientes con condiciones normales, el aporte y las pérdidas es igualitario, por lo que el balance hídrico se mantiene. Cuando hay más pérdidas se conoce como balance negativo, por lo que el paciente tiene deshidratación, y cuando hay más ganancias es conocido como balance positivo, por lo que el paciente tiene sobrehidratación o retención de líquidos.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el balance hídrico de pacientes hospitalizados” nos demuestran la importancia de que el paciente tenga un balance hídrico adecuado, evitando de esta manera que el paciente se encuentre en un estado de deshidratación o sobrehidratación.

Es importante saber que cuando el paciente presenta un estado de retención de líquidos se deberá tener en cuenta la aportación de líquidos administrada, debiendo de ser mínima. Sin embargo, en aquellos pacientes que presenten un estado de deshidratación se deberá realizar un aporte de líquidos mayor.

Cabe destacar que el balance hídrico es una actuación llevada a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y la cual deberá ser diaria y en ocasiones realizando un balance por turno.

6 Bibliografía

- GUILLAMAS, C, GUTIERREZ, E, HERNANDO, A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.

- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España.
MAD. Edición 2021

Capítulo 130

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL

SOLEDAD GARCÍA LÓPEZ

MARIA DE LOS LLANOS PEREZ GIL

ISABEL INIESTA LORENTE

ANTONIA PEINADO HERNANDEZ

FRANCISCA CALERO CRESPO

1 Introducción

La clasificación más reciente de enfermedades mentales, el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), distingue tres tipos de trastornos: disruptivos, de control de impulsos y de conducta ”.

La ansiedad simple, el trastorno afectivo, el trastorno bipolar e incluso la esquizofrenia se incluyen en la amplia categoría de patología mental. Como depende de la medicación, es un tema de salud que se estudia, pero también sorprende y los pacientes pueden experimentar un efecto u otro, así como estabilidad o desestabilización general.

A pesar de que muchas conductas disruptivas, al igual que otras conductas problemáticas, no están necesariamente relacionadas con ningún trastorno en particular, como se dijo anteriormente, también se puede decir que muchas de estas conductas son conductas problemáticas. Sin embargo, tienen un efecto perjudicial sobre el medio en el que se desarrollan, lo que también formará parte de la tarea o acción que deben realizar los profesionales sanitarios, docentes, etc.

La etapa escolar es algo que debe ser observado y discutido en caso de que algo no sea normal en un estudiante porque el control de impulsos se desarrolla típicamente en niños o adolescentes.

Podemos hablar de impulsividad, cleptomanía y otros temas.

Las enfermedades o trastornos mentales son afecciones que impactan su pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento. Pueden ser ocasionales o duraderas (crónicas). Pueden afectar su capacidad de relacionarse con los demás y funcionar cada día.

Muchas personas manifiestan problemas de salud mental de vez en cuando. Pero un problema de salud mental se convierte en una enfermedad mental cuando los signos y los síntomas se hacen permanentes, causan estrés y afectan la capacidad de funcionar normalmente.

2 Objetivos

Los objetivos principales de este capítulo son comprender lo que debe hacer o decir el auxiliar de enfermería ante un paciente que tiene un problema con el control de los impulsos o una enfermedad mental.

3 Metodología

Como parte de la investigación que llevó al desarrollo de este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente.

Además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros, se utilizó Scielo, Medline y Pubmed para consultar artículos.

4 Resultados

Las principales funciones del técnico auxiliar de enfermería en el cuidado de pacientes con problemas mentales:

Algunos pacientes no podrán controlar su impulso de actuar, en cuyo caso el auxiliar de enfermería deberá llamar a un médico y administrarle medicación para mantenerlos bajo control antes de que actúen de manera agresiva o violenta hacia otros pacientes, compañeros de trabajo, etc.

El auxiliar de enfermería debe determinar qué tipo de paciente será atendido, si esta actitud es nueva o ha ocurrido antes, y cómo se tratará al paciente. Además, debe estar familiarizado con el pasado del paciente. ¿Con quién vives si haces una aportación social, familiar, etc.?

Para controlar esta emoción y suprimir en cierta medida otras emociones inapropiadas en este tipo de pacientes, el auxiliar de enfermería creará grupos de relajación y respiración.

- Una vez que el auxiliar de enfermería ingrese a la habitación, intentará hablar con el paciente. Si el paciente se cierra, es posible que no responda, así que dele algo de tiempo y espacio en lugar de presionar.

- Si el auxiliar de enfermería ha llegado a comprender lo sucedido.

En ausencia de control de los impulsos, ella lo apoyará y empatizará con él para ayudarla a detectar lo que ha notado.

- El auxiliar de enfermería apoyará esta técnica de relajación poniendo música, ayudando al paciente a acostarse y animándolo a concentrarse en la relajación que lo beneficiará y, si es continua, lo ayudará a controlar su impulsividad.

- El auxiliar de enfermería debe invitar al paciente a pasar a otra habitación en lugar de empujarlo o sacudirlo de la cama porque el paciente carece de autocontrol. El área debe estar tranquila y tenuemente iluminada para que el paciente pueda relajarse.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto al auxiliar de enfermería, es fundamental detectar cuanto antes cualquier signo de mal control de impulsos y desconocimiento por parte del niño, adolescente o paciente. Por lo general, son pacientes con patología mental no diagnosticada u observada.

Para prevenir la agresión y otras conductas negativas, el auxiliar de enfermería recomendará encarecidamente al paciente que haga un esfuerzo por controlar este impulso.

Para poder referir a cualquier estudiante que muestre falta de control de impulsos, este tema debe ser discutido en la escuela e instituido por maestros o educadores. El área debe estar tranquila y tenuemente iluminada para que el paciente pueda relajarse.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

Capítulo 131

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SOLEDAD GARCÍA LÓPEZ

MARIA DE LOS LLANOS PEREZ GIL

ISABEL INIESTA LORENTE

ANTONIA PEINADO HERNANDEZ

FRANCISCA CALERO CRESPO

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos, también conocida como Unidad de Vigilancia Intensiva, UCI, UVI o UCE, es un establecimiento diseñado para pacientes que necesitan cuidados adicionales porque una o más de sus funciones vitales pueden estar en riesgo, poniendo en riesgo su salud y que requieren una atención especial. la vida se mueve rápidamente. Un internista supervisó la primera unidad de cuidados intensivos del país.

Jiménez Dáz trabajando en la Clínica de la Concepción de Madrid, probablemente estuvo asociado con la medicina interna por esta razón desde el principio, aunque la mayoría de sus médicos pronto cambiaron la mayor parte de su enfoque a los cuidados intensivos.

Dada la situación en la que llegan muchos pacientes en mal estado, en esta unidad trabajamos con mucha presión, y los profesionales que trabajan allí experimentan niveles de estrés más elevados que los de otras áreas.

Con un sistema inmunológico debilitado, una amenaza de virus, bacterias o cualquier enfermedad que pueda poner en peligro su supervivencia, la salud crítica requiere una acción rápida y coordinada de todo el personal.

En esta unidad, donde los pacientes presentan condiciones médicas muy graves, las funciones del técnico auxiliar de cuidados de enfermería incluyen actuar en situaciones de emergencia, aplicar las medidas de seguridad establecidas y transmitir las señales de alarma con calma y rapidez.

2 Objetivos

Conocer el papel del Técnico en Cuidados de Enfermería en la unidad de Cuidados Intensivos y sus principales responsabilidades para brindar una atención de calidad al paciente son los principales objetivos del capítulo.

3 Metodología

La investigación que condujo al desarrollo del presente trabajo incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva de libros y también se han consultado artículos en varios sitios web, incluidos Pubmed, Scielo y Google Scholar.

4 Resultados

Las principales responsabilidades del auxiliar de enfermería en la UCI son:

1. Debe realizar las tareas de higiene de los pacientes mientras están en la cama, cambiarles la ropa, ajustar su postura o ayudar en sus necesidades fisiológicas.
- 2-Asistir al equipo médico y de enfermería en todos los procedimientos y técnicas que utilicen, como canalización arterial, catéter central de inserción periférica, medición de PICCO o sondaje de un paciente.
3. Confirmar que los suministros y equipos utilizados para tratar a los pacientes en la unidad de cuidados intensivos estén estériles. Todas estas herramientas deben limpiarse y desinfectarse de acuerdo con los protocolos establecidos por el hospital.

4-Ayude a los miembros de la familia del paciente, muéstreles el hospital y explíqueles las pautas para visitantes e invitados durante la noche.

5. Asegurarse de que haya suficientes suministros de equipos, suministros y medicamentos para cada paciente.

6-Dar a los pacientes alimentos que puedan comer por vía oral.

7-La limpieza e hidratación de los pacientes es tan crucial para prevenir las úlceras por presión como los ajustes posturales.

La posición del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en esta unidad es fundamental porque además de atender las necesidades básicas del paciente, también necesita familiarizarse y conocer cada procedimiento.

Los métodos fundamentales o de nivel de entrada que debe proporcionar una UCI, UVI o UCE son:

- Técnicas de reanimación cardiopulmonar, tanto básicas como avanzadas.
- Monitorización del corazón y hemodinámica.
- La observación de la función respiratoria.
- Una terapia fibrinolítica.
- La traqueotomía.
- Una endoscopia digestiva alta.
- Técnicas de cardioversión sincronizadas y asincrónicas.
- Una broncoscopia terapéutica.
- Drenaje del peritoneo, pleura y corazón.
- La implantación de un marcapasos temporal.
- Ultrasonido para intervención y diagnóstico.
- Canalización y punción arterial y venosa.
- Peritoneal y hemodiálisis.
- Control de una vía aérea artificial.
- Ventilación mecánica extendida.
- Transporte dentro y fuera de los hospitales.
- Alimentación parenteral y enteral.
- Apoyo a pacientes con alta vulnerabilidad al politraumatismo.

5 Discusión-Conclusión

Dentro del equipo multidisciplinar formado por profesionales de la uci, este trabajo requiere madurez personal, profesionalidad, respeto y apoyo mutuo. Para evitar el aislamiento, el miedo y el confinamiento solitario, el cuidado de los enfermos graves requiere "cuidados intensivos que van mucho más allá de la

tecnología intensiva”, por lo que es un cuidado intensivo con objetivos de comodidad.

En esta unidad, la labor del técnico auxiliar de cuidados de enfermería es fundamental porque además de atender las necesidades básicas del paciente, también necesita conocer y comprender todas las actividades y herramientas que allí se utilizan.

El material, los dispositivos, las técnicas, las condiciones de los pacientes y el elemento humano del personal de las unidades de cuidados intensivos son muy complejos.

6 Bibliografía

https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/atencion_hospitalaria/pnt_www.scielo.org

Capítulo 132

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE REANIMACIÓN HOSPITALARIA

SOLEDAD GARCÍA LÓPEZ

MARIA DE LOS LLANOS PEREZ GIL

ISABEL INIESTA LORENTE

ANTONIA PEINADO HERNANDEZ

FRANCISCA CALERO CRESPO

1 Introducción

El servicio que atiende a los pacientes durante su período de recuperación postoperatoria inmediata se conoce como unidad de reanimación de un centro hospitalario. Esta sala cuenta con unas 20 camas, de las cuales diez se habilitarán para cuidados intensivos e intermedios y otras diez para recuperación postanestésica, también conocidas como PACU. Siempre es supervisado por profesionales médicos del servicio de anestesia y reanimación, con la asistencia de un miembro del equipo de enfermería, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y celadores especializados. En estas unidades de reanimación se revisan con frecuencia los signos vitales de los pacientes, se maneja el dolor posterior a la intervención y

siempre están atentos a posibles complicaciones que podrían desarrollarse por sí solas y que deben prevenirse y tratarse.

Algunos de los pacientes en la sala de reanimación habrán sido sometidos a la anestesia a corto plazo con técnicas de inhalación o equilibradas; deben ser intubados antes de ser trasladados a la PACU.

Saque al paciente de la PACU o de la sala de recuperación tan pronto como no se cumplan los parámetros respiratorios, circulatorios y de conciencia. normal. El paciente también necesita tener suficiente analgesia al ingresar a esta habitación.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo será informar al técnico auxiliar de cuidados de enfermería de todas las funciones que debe realizar en el servicio de reanimación de un hospital.

3 Metodología

La información científica necesaria para completar este trabajo se encontró a través de una revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Wikipedia y Google Scholar. Estas bases de datos y motores de búsqueda se utilizaron para encontrar las publicaciones utilizando términos de búsqueda como servicio, reanimación y técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

Son las unidades de los servicios de reanimación hospitalaria donde se produce todo el proceso de recuperación paulatina de las funciones orgánicas y los reflejos vitales del paciente y que puede ser finalizado posteriormente. cualquier procedimiento anestésico. Por lo general, todas las intervenciones se llevan a cabo sin problemas, pero ocasionalmente pueden suceder cosas que requieren que los profesionales médicos actúen rápidamente. Todo los profesionales sanitarios que estén a cargo de esta unidad deben tener un control total sobre la misma y saber qué hacer en cada circunstancia, por grave que esta sea. El siguiente listado de tareas serán realizadas por el técnico asistencial auxiliar de enfermería en el servicio de reanimación hospitalaria:

- La toma y registro de las constantes vitales del paciente será una tarea fundamental que se realiza con bastante frecuencia para evitar que se desarrollen úlceras por presión por el encamado del paciente, se implantará un programa de cambios posturales adaptado a sus necesidades.
 - Durante la limpieza, se debe tener especial cuidado para evitar mojar los apósitos que cubren la herida quirúrgica, ya que esto podría provocar infecciones debido a la humedad del apósito.
 - Se debe animar al paciente a realizar ejercicios de respiración, expectoración, movilización y tratar de caminar lo antes posible (si no hay una razón médica para no hacerlo).
- También seremos responsables de asegurarnos de que los apósitos para heridas quirúrgicas estén siempre limpios, secos y bien sujetos; en caso contrario avisaremos al equipo de enfermería que estará a cargo del tratamiento.
- Si el paciente es capaz de comer, se debe examinar la dieta para determinar si es la recomendada por el médico. Las dietas suelen ser progresivas e incluyen alimentos absolutos, líquidos, semiblandos, blandos y basales.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el equipo de técnicos auxiliares de cuidados de enfermería es un componente fundamental de las UCPA o servicios de reanimación de los centros hospitalarios para el cuidado postoperatorio de estos pacientes. Deben brindar a estos pacientes todos los cuidados que necesitan, así como un buen control de su recuperación, haciéndolos sentir cómodos y bienvenidos para facilitar su estadía en estos tiempos difíciles, ya que difícilmente podrán recibir visitas o comunicarse con sus familias. Entonces, es seguro decir que el técnico de cuidados de enfermería está jugando un papel en este caso el servicio es crucial.

6 Bibliografía

-<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-enfermeros-en-unidadde-recuperacion-postanestesia-urpa-y-reanimacion-anestesia-rea/>

Capítulo 133

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

FATIMA LAYACHI HAMADI

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad obstructiva, crónica e inflamatoria que causa la obstrucción del flujo de aire de los pulmones. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de moco (esputo) y sibilancias, opresión en el pecho, tos crónica, infecciones respiratorias, etc. La causa más común es el tabaquismo, personas que padezcan asma, exposición ocupacional a polvos o sustancias químicas, exposición a gases, genética; esta enfermedad suele ir agravándose a lo largo de tiempo. Es de vital importancia informar a la población sobre el programa educativo sanitario que precise esta enfermedad y los riesgos que puede tener en relación con la salud, ya que es una enfermedad grave, por lo que se necesita una gran educación sanitaria y explicar el autocuidado tanto al propio paciente como a la familia de esta para estar prevenidos ante cualquier circunstancia que se pudiese presentar. Dentro de la educación sanitaria cabe destacar:

- Abandonar el tabaco si el paciente es fumador o bien comunicar a la familia que si alguno de ellos fumarán, tendría que hacerlo lejos de los pacientes.
- Prevenir las complicaciones, tratando cualquier enfermedad referente a los pulmones con rapidez.
- Una buena alimentación y realizar ejercicios diariamente si pudiese.
- Evitar el frío.
- Aplicación de vacunas que sugiera el médico responsable del paciente.
- Aprendizaje correcto del uso y manejo de inhaladores y cámaras de expansión y si fuese necesario el uso de nebulizadores, etc.

2 Objetivos

- Conocer el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en relación con una enfermedad grave.
- Proporcionar la educación necesaria sobre la enfermedad para promover la salud e informar a los pacientes y a sus familiares de todo lo que necesiten saber sobre dicha enfermedad.

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

Mediante este estudio comprobamos que es necesario adquirir una buena formación por parte del equipo de enfermería y médico, para poder proporcionar la asistencia necesaria al paciente que tiene como patología una obstrucción pulmonar crónica, donde resultó necesario aplicar los conocimientos adquiridos para proporcionar al paciente y a sus familiares de la mejor manera el programa educativo sobre dicha enfermedad. Así mismo resultó eficiente la información proporcionada, ya que los pacientes decidieron cambiar sus hábitos de vida, y los familiares les brindaron el apoyo necesario ante una enfermedad de gravedad. También fue necesario explicar el funcionamiento de los conocimientos en las

funciones prácticas durante la visita a los centros hospitalarios, dónde el TCAE es la persona que más cerca está de los pacientes durante su estancia en las instalaciones mientras el médico lo revisa, le manda las pruebas necesarias y el TCAE junto al equipo de enfermería son los encargados de atenderlos, para favorecer su estancia y resolver los problemas ocasionados por dicha enfermedad. Hay que destacar la importancia de la labor emocional, ya que los pacientes que padecen enfermedades graves suelen ir más inseguros, preocupados, incluso en ocasiones presentan episodios de depresión, durante el cual es importantísimo brindar a los pacientes y familiares de los mismos todo el apoyo psicológico necesario y dentro de las posibilidades durante la jornada laboral para hacer más amena su estancia y que comprendan mejor todo lo que se le va a realizar y la función que tiene dichas actitudes hacia ellos, para poder desarrollar la mejor labor con dichos pacientes por todo el equipo de enfermería. El TCAE es fundamental en cualquier circunstancia que se presente en la vida diaria del paciente y sobre todo cuando visitan algunas de las instalaciones hospitalarias, ya que somos un pilar importante dentro del equipo de enfermería, donde tenemos una gran variedad de funciones, las cuales hay que llevar a cabo en conjunto con la labor emocional hacia los pacientes y sus familiares, debido a la gran variedad de enfermedades existentes.

5 Discusión-Conclusión

El equipo de Enfermería dentro del cual se encuentra el TCAE tiene un papel fundamental en la educación sanitaria del paciente con EPOC. Debemos conocer el programa educativo sanitario para informárselo tanto al paciente como a su familia y proporcionarle el control necesario por parte del equipo para intentar sobrellevar la enfermedad de la mejor manera posible e intentar mejorar su calidad de vida. Así mismo debemos proporcionar al paciente la mejor asistencia tanto física como mental, al igual que a sus familiares la asistencia emocional, ya que al padecer una enfermedad grave se suelen sentir más indefensos y necesitan mucha información y mucho apoyo psicológico, que nosotros debemos brindarles para una mejor asistencia y profesionalidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 134

LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CORONAVIRUS

FATIMA LAYACHI HAMADI

1 Introducción

La enfermedad por coronavirus es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-COV-2 que se propaga con facilidad principalmente entre personas que están en contacto estrecho. La Organización Mundial de la Salud (OMS) tuvo noticias por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019 tras ser declarado en Wuhan, en la república popular china y lo declaró como una pandemia por la velocidad de propagación en todos los países. La OMS define a la pandemia como "la ocurrencia en una comunidad o región de casos de una enfermedad". La mayoría de personas que se contagian presentan síntomas moderados o leves aunque la enfermedad puede causar complicaciones graves e incluso la muerte. Cuando un paciente debe permanecer ingresado nuestra misión no solo consiste en tratar de que su salud se vea mejorada, sino que además se sienta acompañado en esos momentos tan duros en los que no puede recibir las visitas y el calor de sus seres queridos. El trabajo del técnico en cuidados de enfermería implica tanto la higiene del paciente y su entorno, la ayuda en la proporción e ingesta de alimentos, proporcionales todos los útiles necesarios mientras su estancia hospitalaria así como intentarle darle un poco de hospitalidad.

2 Objetivos

Describir lo que es el coronavirus, la forma de propagación, las medidas preventivas y la atención al paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica actualizada sobre el SARSCOV-2 y sus efectos. Para ello he usado búsquedas en bases de datos médicas disponibles como Elsevier, Pubmed, Scielo, teniendo acceso a varios artículos referentes al tema de estudio, además de motores de búsqueda como Google Acholar, adaptándose la búsqueda de una manera específica a cada una de las bases de datos y motores de búsqueda citados con anterioridad. Se utilizaron los siguientes descriptores: “coronavirus”, “propagación”, “enfermedad respiratoria”, “virus”. Se incluyeron artículos de investigación, capítulos de libro, guías hospitalarias y protocolos de actuación que incluían las palabras citadas anteriormente así como publicaciones del año 2019 hasta ahora y se excluyeron los documentos que no estaban relacionados directamente con el tema.

4 Resultados

Se ha podido confirmar que el SARS-COV-2 se transmitió de una civeta al ser humano. El canal de propagación del virus es que éste viaja por las gotitas respiratorias que se liberan cuando alguien infectado habla, tose, estornuda y estas gotas son inhaladas o tocadas por una persona sana hasta llevarlas a su boca, nariz u ojos. Los signos y síntomas suelen aparecer entre los días 2 y 14 de haber estado expuesto al SARS-COV-2. Se sabe que algunas personas que han padecido la enfermedad siguen experimentando síntomas que pueden persistir desde el inicio de la enfermedad. Existe una variedad de síntomas para esta enfermedad y no todos se dan en la misma medida en todos los enfermos ni en todos los pacientes los síntomas son los mismos, pero los más habitualmente presentados son:

- Fiebre.
- Tos.
- Cansancio.
- Dolor de garganta.

Las posibles complicaciones que pueden presentar las personas enfermas son:

- Neumonía y problemas respiratorios.
- Insuficiencia orgánica.

- Problemas cardíacos.
- Coágulos de sangre.
- Lesión renal aguda.
- Infecciones virales y bacterianas.
- Insuficiencia multiorgánica.
- Insuficiencia respiratoria.
- Septicemia.
- Tromboembolia.

Las medidas preventivas a tomar son:

- Mantener distancia física.
- Ventilación.
- Uso adecuado de mascarillas.
- Medidas de higiene.
- Vacunación.
- Evitar compartir con otras personas ropa, toallas, menaje de cocina u objetos.
- Evitar aglomeraciones y contacto estrecho.

Este nuevo virus que nos ha cogido a todos por sorpresa y que tantas vidas se ha cobrado es de especial conflicto para el personal sanitario, ya que no solo afecta a su vida fuera de su ámbito personal, sino que afecta al desarrollo de su actividad laboral, ya que conlleva trabajar durante tantas horas con un equipo de protección individual (EPI) pero sobre todo ser el sostén para muchas personas ingresadas y familiares en situaciones tan críticas.

5 Discusión-Conclusión

El coronavirus es una enfermedad infecciosa muy fácil de contraer y transmitir que puede ser de vital importancia para la integridad de nuestra salud. Todas las personas corren riesgo de contraerla pero son especialmente vulnerables de presentar un cuadro grave las personas mayores de 60 años, las que padecen afecciones médicas como hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, problemas cardíacos o pulmonares por lo que deben de llevar a cabo las medidas preventivas más exhaustivamente. Existen muchas medidas para tratar de prevenir el contagio y si las ponemos en práctica es posible no llegar a contraer el virus o al menos que los síntomas sean minimizados.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 135

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

ANA ISABEL DELGADO OCAÑA

CRISTINA SANCHEZ GARCIA

MARIA SAGRARIO GONZALEZ VIDAL

VIRGINIA SANCHEZ GARCIA

ALICIA AVILEO VELASCO

1 Introducción

El centro de salud de Atención Primaria supone el primer nivel asistencial para los pacientes de una comarca o territorio, enmarcándose y siendo parte de la Zona Básica de Salud que atiende a una población de entre cinco a veinticinco mil habitantes. Es por este motivo que el número de centros de Atención Primaria existentes en una Zona Básica de Salud, dependerá del número de habitantes que abarque la misma.

En el centro de salud de Atención Primaria trabaja un equipo de profesionales, Equipo de Atención Primaria, formado por médicos de familia, pediatras, enfermeras, celadores, auxiliares de enfermería, matronas, etc. La dirección de este

equipo suele estar representada por el coordinador del centro de salud, que recae en un enfermero o en un médico, siendo el máximo responsable de los recursos humanos y materiales con los que cuenta el centro.

El centro de salud de Atención Primaria suele depender de un hospital, es su hospital de referencia, es decir, los médicos de familia pueden derivar a sus pacientes a los servicios y unidades que ofrece el mismo. Actualmente, esta dependencia se ha visto más cohesionada, con la integración en las mismas gerencias de los niveles de salud, primaria y especializada.

El auxiliar de enfermería desarrolla su trabajo en el centro de salud, bajo la supervisión del coordinador donde está destinado, aunque funcionalmente depende de la dirección de enfermería del hospital de referencia. El auxiliar de enfermería cumple con una gran variedad de funciones que se analizarán más adelante.

2 Objetivos

- Describir cómo funciona un centro de salud de atención primaria.
- Conocer las funciones que el auxiliar de enfermería desarrolla en un centro de salud de atención primaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación basada en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica ya existente. Se ha realizado una consulta de diversos artículos on-line publicados en Google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas que han sido revisadas con anterioridad.

4 Resultados

La función primordial, cualquiera que sea el contexto sanitario, es la de ofrecer los cuidados auxiliares a los enfermos y pacientes, procurando mejorar las patologías o dolencias de los mismos, siempre siguiendo las directrices del médico o enfermera asignado a los mismos.

Además, existen otras funciones que el auxiliar de enfermería realiza, serán de un tipo en un centro hospitalario, y serán de otro tipo en un centro de atención primaria. En estos últimos el auxiliar de enfermería realiza las siguientes funciones:

- De acogimiento al usuario. Cualquier usuario que se sirve de los servicios ofrecidos en el centro de salud, llega sin conocer el lugar donde debe ir, según sus necesidades. El auxiliar de enfermería recibe y orienta al mismo hacia la zona o servicio que necesita, consultas, análisis, citas, etc. Esta función es generalmente común a todo el equipo de atención primaria.

- De preparación, listas de control y orden en la zona de analíticas.

El auxiliar de control, una vez entregada la lista de las analíticas, del tipo que sean, por el auxiliar administrativo del centro, prepara los tubos y envases necesarios para el día siguiente. A las ocho de la mañana, recibe a los pacientes, demandando el volante de la analítica y ofreciendo al mismo, los tubos y envases especificados en el volante de la analítica. Informa a los pacientes de la colocación correcta en la fila y realiza una correcta visión del orden de entrada a extracciones.

Una vez terminada la extracción de analíticas, las clasifica y reordena, en distintos contenedores, algunos con hielo, para su retirada por el servicio de laboratorio del hospital de referencia.

- De preparación de pedidos necesarios para el almacén, colocación del material y control de medicación.

El auxiliar de enfermería en el centro de salud se encarga de realizar los stocks del almacén, referidos tanto al material necesario, como a los medicamentos utilizados. Con este stock se dirige al coordinador del centro de atención primaria, para que este realice el pedido. La colocación del material y la reposición de los armarios de medicamentos es función del auxiliar de enfermería, una vez recibido el pedido.

- Del estado de conservación y aprovisionamiento de las consultas médicas y de enfermería.

Del mismo modo, el auxiliar de enfermería tiene entre sus funciones la reposición de todas las consultas habidas en el centro, tanto en la reposición de lencería, sabanitas, suapeles, geles, etc., así como de los medicamentos faltantes en las estanterías. Esta reposición procurará realizarla cuando la consulta se encuentre sin pacientes, para no entorpecer la labor médica o de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del auxiliar de enfermería del Centro de Atención Primaria son múltiples y sobre todo de cooperación y aprovisionamiento al personal médico y de enfermería. Tiene que ser un profesional dinámico y estar siempre atento a la entrada de los pacientes al centro de salud, dirigir sus demandas hacia las consultas deseadas e informar con claridad y precisión a sus interrogantes.

Como componente del equipo de atención primaria es un eslabón importante en la buena funcionabilidad del centro, aportando con su trabajo, calidad y eficiencia en el servicio que el centro de atención primaria ofrece.

Como organizador de los controles de las extracciones, debe prestar especial atención en la colocación de las pegatinas de los pacientes y en la conservación de las muestras hasta su retirada por el personal indicado.

6 Bibliografía

1. Funciones del auxiliar de enfermería en Atención Primaria. Disponible en <https://essaeformacion.com>.
2. Las funciones del auxiliar de enfermería en Atención Primaria. Disponible en <https://revistamedica.com>.
3. Atención Primaria. Disponible en <https://auxiliaresonline.blogspot.com>.

Capítulo 136

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MANEJO DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS CON EL PACIENTE AGITADO

ANA ISABEL DELGADO OCAÑA

CRISTINA SANCHEZ GARCIA

MARIA SAGRARIO GONZALEZ VIDAL

VIRGINIA SANCHEZ GARCIA

ALICIA AVILEO VELASCO

1 Introducción

Las medidas de contención dentro de las instituciones sanitarias son actuaciones excepcionales que se emplean siempre como último recurso en la inmovilización de los pacientes hospitalarios, sobre todo en pacientes psiquiátricos y agitados. ¿Por qué sobre todo en este tipo de pacientes? El paciente psiquiátrico cuando acude al centro sanitario se encuentra con un desajuste en la medicación que toma para corregir su disfunción conductual, y es ese espacio de tiempo, entre el ajuste y reajuste de la medicación, cuando suele estar más agitado.

A este respecto hay que destacar la definición que la Organización Mundial de la Salud realizó en la Declaración de los Derechos Humanos sobre el concepto de contención, “son métodos extraordinarios con finalidad terapéutica que solo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia”, y que son, “medidas inmovilizadoras sobre el paciente para evitar que se autolesione o para evitar que puedan sufrir daño otras personas”.

En el medio hospitalario actualmente se dan tres medidas de contención:

- Física o mecánica, empleando mecanismos y útiles mecánicos.
- Química, empleando la administración de fármacos tranquilizantes o sedantes.
- Verbal, es decir, la palabra como medio de sosiego y transmisión de calma y relajación.

En un centro hospitalario, y como se ha reseñado anteriormente, como medida excepcional, pueden darse las tres clases de contención, siendo más habitual su empleo en el enfermo psiquiátrico y agitado.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de contención existentes en el medio hospitalario.
- Describir las funciones del auxiliar de enfermería en el manejo de las contenciones con los pacientes agitados.

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 y revistas de interés seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El tipo de contención que el auxiliar de enfermería pondrá en práctica, en primer lugar, deberá ser la contención verbal con el paciente. Para este tipo de contención, el auxiliar deberá estar entrenado y formado en técnicas de inteligencia emocional, escucha activa, empoderamiento de la voz, gestos determinantes, empatía, etc.

Ante cualquier paciente agitado, el auxiliar de enfermería, deberá estar siempre acompañado por otro miembro del equipo de profesionales que atiende al paciente, para prevenir alteraciones repentinas de la conducta o agresiones del mismo. Las técnicas empleadas por el auxiliar de enfermería deberán estar enfocadas a respetar el espacio del paciente, medir el distanciamiento con el mismo y poner en práctica la escucha activa y dejar que el paciente libera sus sentimientos y demandas, con una actitud de total tranquilidad y relajamiento.

En esta interrelación, paciente-auxiliar de enfermería, se deberá, del mismo modo, imponer unas normas y límites, para que el paciente sea consciente de las mismas, y lo que supondría salirse de ellas. Si el resultado es positivo, el problema queda resuelto, pero si no se obtiene lo deseado, habrá que pasar a la contención química o farmacológica.

La contención farmacológica consiste en administrar al paciente fármacos inyectables, para lo que el auxiliar de enfermería y demás personal de la unidad, colabora en la sujeción del paciente, mientras la enfermera le inyecta el fármaco. De este modo, el paciente entra en un estado de tranquilidad y no agitación que evitará que se haga daño a sí mismo o a los demás.

Si los resultados con ambas contenciones anteriores fallaran, se tendría que recurrir a la contención mecánica. El auxiliar de enfermería maneja muñequeras y tobilleras, para inmovilizar ambas extremidades, un cinturón abdominal, para sujetar la zona dorsal y lumbar del paciente, además de la cinta para el cráneo que inmoviliza la cabeza y el cuello.

Todas estas contenciones van sujetas entre ojales que se cierran con botones imantados, que solo pueden quitarse con otro imán, por lo que resulta imposible que el paciente pueda soltarse por sí mismo de ellas.

De todas formas, las contenciones mecánicas, solo se usarán por el tiempo necesario y mientras las circunstancias lo requieran.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del capítulo se ha reseñado la importancia del auxiliar de enfermería dentro del equipo multidisciplinar que atiende al paciente agitado, en el uso y manejo de los medios de contención y su colocación sobre el mismo, siendo primordial su ejecución en la inmovilización de este tipo de pacientes.

El conocimiento por parte del auxiliar de enfermería de todos estos mecanismos en los medios de contención, posibilita que se haga más rápidamente la intervención sobre estos pacientes agitados, solventando de esta forma, una situación, que en caso contrario podría convertirse en una autolesión o en una agresión a

los propios profesionales encargados de la asistencia del paciente.

6 Bibliografía

1. Elementos de sujeciones mecánicas. Disponible en <https://www.chua.es>.
2. Contenciones en salud mental. Disponible en <https://www.academia.es>.
3. Procedimientos de contención mecánica. Disponible en <https://www.revista-portalesmedicos.com>.

Capítulo 137

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PARITORIO DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA

ANA ISABEL DELGADO OCAÑA

CRISTINA SANCHEZ GARCIA

MARIA SAGRARIO GONZALEZ VIDAL

VIRGINIA SANCHEZ GARCIA

ALICIA AVILEO VELASCO

1 Introducción

El servicio de paritorio dentro de un centro hospitalario es parte integrante de la unidad obstétrica maternal del mismo. El paritorio, como normalmente se nombra, está constituido por diferentes zonas o espacios: el paritorio, propiamente dicho, con sus salas de parto, salas de dilatación y las salas de puerperio.

Cada una de ellas tiene unas características concretas. Las salas de parto como indica su nombre es donde se produce el parto de la embarazada. Las salas de dilatación se caracterizan porque son previas al parto, en caso de que la embarazada

llegue a la dilatación necesaria para el parto. Las salas de puerperio son aquellas donde la presenta mamá y el bebé pasan después del parto para controlar y vigilar el estado de ambos durante un tiempo prudencial.

Otra parte importante del paritorio lo constituye la sala de monitores, que controlan el seguimiento del feto durante el embarazo.

Las dos últimas salas que conforman el servicio, son la sala de consultas de urgencias obstétricas y el quirófano de paritorio, que se encuentra dentro del mismo, para la realización de cesáreas o intervenciones urgentes.

En toda esta organización, el auxiliar de enfermería destinado en el servicio, juega un papel decisivo, pues las respuestas a las incidencias deben ser rápidas y ágiles para evitar el sufrimiento al feto o a la futura mamá.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento, estructura y organización del paritorio.
- Conocer las funciones que el auxiliar de enfermería desarrolla en el paritorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en 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

El auxiliar de enfermería en el paritorio desempeña las siguientes funciones.

- Gestantes que pasan del servicio de urgencias al paritorio.

En estos casos, el auxiliar de enfermería, colabora con el ginecólogo o ginecóloga de guardia para la exploración de la mujer gestante, que por molestias, dolencias o enfermedad ha acudido al servicio de urgencias y es derivado hasta el paritorio.

El auxiliar con la carpeta de la paciente, la acompaña hasta la sala de urgencias, donde la coloca en el potro, para la revisión médica. En todo momento de la exploración acompaña a la paciente, hasta que es recogida por el personal de urgencias y devuelta a su correspondiente servicio del mismo.

- Gestantes ingresadas en planta de ginecología para parir.

El auxiliar de enfermería le indicará al celador destinado en la unidad o servicio de ginecología, la sala de dilatación donde ubicará a la paciente, acto seguido el auxiliar de enfermería, avisa a la matrona para su exploración y comprobación del cuello uterino, si está para quedarse en el paritorio, se prepara el mismo para un posible alumbramiento y para la anestesia epidural.

En estos casos, el auxiliar de enfermería, colabora con el anestesista en la colocación de la mujer para recibir la epidural y la posibilidad de acercarse el parto.

- Dentro del propio paritorio.

El auxiliar de enfermería coloca a la paciente gestante en el potro, en posición ginecológica para realizar el parto la matrona. Una vez ha nacido el bebé, el auxiliar de enfermería se lleva al mismo, para su limpieza, pesaje, aspiración de mucosidades y devolverlo al pecho de la madre.

- Después del parto, sala de puerperio.

Una vez se ha efectuado el parto, la mamá y el bebe, se ubican en el puerperio alrededor de una hora. En todo este tiempo el auxiliar de enfermería se encargará de atender, tanto a la madre, como al recién nacido, dando cuenta a la matrona o ginecólogo de cualquier anomalía observado.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería destinado en el servicio de paritorio nunca puede abandonar el servicio, salvo indicaciones de la matrona o del ginecólogo. De sus rápidas y ágiles actuaciones depende, también, la seguridad de las pacientes y de los bebés.

Debido a las características del servicio, debe actuar siempre con respeto y responsabilidad, preservando en todo momento la intimidad de las pacientes, en cualquier sala que actúe, sobre todo cuando llega el momento del parto, que debe estar alerta, por si se produce alguna anomalía y siempre absteniéndose de realizar comentario alguno sobre ninguna circunstancia.

Con su correcta colaboración contribuye a que el servicio de paritorio sea un servicio eficaz y con calidad, garantizando en todo momento la seguridad de sus pacientes.

6 Bibliografía

1. Funciones del auxiliar de enfermería en maternidad. Disponible en <https://fisiostar.com>.

2. Funciones del auxiliar de enfermería en el paritorio. Disponible en <https://revistamedica.com>.
3. El auxiliar de enfermería y la paciente embarazada. Disponible en <https://revistamedica.com>.

Capítulo 138

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

MONICA RUANO DOMENECH

NEREA GARCÍA DE LA TORRE

MARÍA PILAR LÓPEZ GARCIA

ENCARNACION CUENCA GONZÁLEZ

FRANCISCA MOLINA SÁNCHEZ

1 Introducción

Los médicos deben poder determinar si el paciente tiene una patología mediante la recolección de muestras biológicas. Las muestras más frecuentes son orina, sangre, heces y otras muestras biológicas pero luego hay otras muestras de ADN, ARN, esputo, muestras vaginales, etc. Una vez que se han recolectado la muestra o muestras del médico, se examinan en un laboratorio para su análisis. En base a los resultados, el médico determinará qué tratamiento o diagnóstico recomendar para la patología de su paciente. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel crucial en la recolección de muestras biológicas, y es crucial que todos los profesionales de la salud estén completamente informados sobre cómo

recolectar muestras biológicas para evitar fallos. Es crucial seguir los pasos al pie de la letra para evitar contaminar la muestra, lo que podría cambiar los resultados y hacer que el paciente reciba un diagnóstico y tratamiento incorrectos para su patología. Otra idea es asegurarse de que la muestra esté correctamente identificada pegando la pegatina que pertenece a cada paciente. El personal de enfermería podría dar resultados erróneos al paciente incorrecto, lo que podría ser muy grave. Se toma una muestra con un bajalenguas después de que el paciente haya defecado y luego se deposita en el recipiente. La etiqueta del envase con el nombre del paciente debe ser claramente visible.

2 Objetivos

Describir el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la recogida de muestras biológicas en un centro hospitalario.

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

Según la patología del paciente y las circunstancias, las muestras biológicas se pueden recolectar en una variedad de lugares, incluido el hogar del paciente, el hospital y el laboratorio cuando el paciente ambulatorio llega al laboratorio para hacerse la prueba. Al recolectar muestras biológicas, algunas ideas son particularmente cruciales:

- Siempre use guantes cuando tome muestras.
- El personal médico debe explicar al paciente cómo realizar la prueba cuando deba hacerse en casa para evitar errores.
- Es fundamental identificar con precisión la muestra con la etiqueta correspondiente del paciente.
- Si es necesario, mantenga la muestra refrigerada.

- Para garantizar el mejor resultado posible, siempre se deben seguir procedimientos asépticos.
- Por supuesto, los contenedores utilizados para recolectar las muestras deben estar aprobados; no puede recolectar la muestra en cualquier contenedor. La orina y las heces son las muestras más frecuentemente recolectadas, y en este trabajo se explica cómo recolectarlas:
- Toma de muestra de orina: consiste en tomar la primera orina del día en medio de la micción. El paciente debe recibir asistencia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería si no puede lavarse las manos y los genitales por sí mismo. Seguidamente se desechan la primera y la última orina y, finalmente, se aplica la pegatina del paciente para identificarlas, si es un paciente que está confinado a la cama.

Sobre ella se coloca la cuña o botella, y de allí el técnico en cuidados auxiliares de enfermería recoge la muestra.

Orinar durante 24 horas en un recipiente milimétrico es como recoger una muestra de orina de 24 horas. Esta prueba mide la tasa de micción diaria del paciente. La cuña o botella se coloca sobre el paciente si está postrado en cama y luego en este recipiente se debe agregar la orina.

- Recogida de muestra de heces: Si el paciente es autónomo, él mismo colocará la cuña para que pueda depositar las heces y luego recogerlas. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería colocará la cuña si el paciente está dependiente para que pueda orinar.

5 Discusión-Conclusión

A la hora de recoger muestras biológicas, una de las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es asegurarse de que el paciente obtiene la muestra correctamente. Si el paciente es autónomo, debe conocer perfectamente el protocolo a seguir para que esto suceda. En caso de que el paciente sea dependiente, es responsabilidad del técnico en cuidados auxiliares de enfermería obtener la muestra en forma adecuada. El lavado es fundamental. Manipular siempre las muestras con guantes antes de iniciar la técnica, y etiquetar las muestras con las pegatinas de cada paciente. Evitar errores que luego puedan poner en peligro al paciente y al personal médico siguiendo todos estos pasos.

6 Bibliografía

1. <https://es.slideshare.net/EquipoURG/cuidados-de-enfermeria-en-el-servicio-deurgencias>.
2. <https://www.clinicainternacional.com.pe/blog/diferenciasemergencia-urgencia/>.

Capítulo 139

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE AGITADO

MONICA RUANO DOMENECH

NEREA GARCÍA DE LA TORRE

FRANCISCA MOLINA SÁNCHEZ

ENCARNACION CUENCA GONZÁLEZ

MARÍA PILAR LÓPEZ GARCIA

1 Introducción

Las consultas diarias son donde se cometen la mayoría de los delitos violentos, y los peores. Tanto dentro como fuera del hospital, esta situación es una emergencia médica. La agitación psicomotora debe ser tratada de inmediato por profesionales capacitados porque es una emergencia médica. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con frecuencia se encuentran con pacientes agitados en el entorno clínico a medida que avanzan en sus carreras. Este problema es extremadamente serio con respecto al paciente, sus seres queridos, personal médico, etc. Es importante no confundir al paciente agitado con el agresivo. Debe hacerse un presunto diagnóstico diferencial antes de abordar una opción terapéutica; esto se hará utilizando síntomas, nivel de conciencia, lenguaje, etc. Además,

información de familiares, antecedentes médicos de enfermedad mental, exposición a toxinas, etc. En ocasiones, la historia clínica no se puede ver hasta que el paciente no ha sido inmovilizado. Si estas medidas se prescriben o aplican de forma incorrecta, existe un riesgo clínico y legal importante. El técnico de cuidados del auxiliar de enfermería (TCAE) debe ser consciente de ello. A pesar de que es una técnica terapéutica.

Las contraindicaciones no se aplican a la prevención.

La contención física presenta algunos inconvenientes a pesar de ser una estrategia terapéutica preventiva.

2 Objetivos

- Dar a conocer técnicas eficaces para el manejo de pacientes agitados y su cuidado.

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

Hay dos diagnósticos diferentes:

1-enfermedad mental orgánica: Se debe dar prioridad a descartar causas orgánicas. Los trastornos del sistema nervioso central, como el abuso de sustancias, tienen un impacto en la función cerebral y pueden presentarse como agitación psicomotora. Los pacientes ingresados en hospitales generales tienden a tenerla con más frecuencia.

2-desorden psicótico: Estas personas son pacientes esquizofrénicos, frecuentemente del subtipo paranoide. Trastorno que no es orgánico ni psicótico: Incluyen personas con trastornos de personalidad o personas cuya agitación psicomotora es una respuesta a otros factores. Agresión o agitación como resultado de una nueva situación a la que le resulta difícil adaptarse.

- Cuando se enfrenta a circunstancias extremas, estrés extremo y otras emociones negativas.

- Respuestas emocionales ante accidentes y muertes familiares.

- Abuso y maltrato sexual de niños.

- Reacciones que son agresivas como resultado de la privación sensorial.

Para estos pacientes, la intervención verbal funciona mejor.

Tratamiento para el paciente agitado:

- Se completa el análisis inmediato de la circunstancia, y nos esforzamos en recopilar la mayor cantidad de datos clínicos del paciente que podamos.

- Velar por la seguridad del personal, pacientes, familiares y entorno.

Las medidas adicionales incluyen:

- La presencia de personal de seguridad cuando se requiera.

- Planificar una ruta de escape si el foco está en una consulta.

- Mantener en todo momento la distancia de seguridad y nunca darle la espalda al paciente.

- Ambiente tranquilo; Estar atento a cualquier indicio de agitación.

Contención verbal o psicológica:

El primer paso es fomentar la verbalización; un familiar o amigo puede ayudar.

Se deben tomar las siguientes acciones:

- Promocionar su condición de profesional sanitario.

- Un comportamiento tranquilizador y una conversación civilizada.

- No mirar indefinidamente.

- Estar atento a las señales de advertencia de violencia.

- El médico evaluará la presencia de familiares.

- Se deben administrar sedantes si el médico ha considerado tomarlos por vía oral.

El paciente debe ser informado y recibir tratamiento farmacológico antes de continuar. Debe hacerse rápidamente y con una planificación previa si se hace en contra de su voluntad. El soporte mecánico no debe ser el único método utilizado porque pone en riesgo al paciente. Después de la moderación, es típico que se calme. Especialmente para el paciente y los cuidadores, la intervención de técnico en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes agitados siempre debe asegurar la seguridad de todos. El primer paso para intentar controlar el comportamiento del paciente es, si es posible, la restricción verbal. Se utilizarán medidas de contención farmacológica si las conductuales no han resultado efectivas. El uso de restricciones para contener los movimientos de pacientes agitados no está específicamente regulado por ley.

5 Discusión-Conclusión

Una anomalía social, psicológica, genética, físico-química o biológica puede contribuir a un síndrome de enfermedad mental que se manifiesta psicológica y conductualmente y afecta el funcionamiento de la atención.

Para llevar a cabo una intervención eficaz sobre el paciente agitado, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería necesita una formación especializada. La intervención de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes agitados debe velar siempre por la seguridad de todos, especialmente del paciente y de los cuidadores. Es aconsejable un conjunto planificado de instrucciones para la acción. El primer paso para intentar controlar el comportamiento del paciente es, si es posible, la restricción verbal. Se emplearán medidas de contención farmacológica si las conductuales han resultado ineficaces. Los métodos para restringir y controlar los movimientos de los pacientes agitados no se rigen específicamente por ninguna normativa legal. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe ser consciente de que si estas medidas se prescriben o aplican incorrectamente, existe un riesgo clínico y legal importante.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 140

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y EL PACIENTE CON ICTUS AGUDOS

MONICA RUANO DOMENECH

NEREA GARCÍA DE LA TORRE

MARÍA PILAR LÓPEZ GARCIA

FRANCISCA MOLINA SÁNCHEZ

ENCARNACION CUENCA GONZÁLEZ

1 Introducción

Antes de hablar de la efectividad de técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es importante entender qué es un ICTUS y cómo identificarlo ante otras patologías debido a su rápida respuesta.

Dadas las posibles consecuencias, un equipo de salud es fundamental. Para ello, debemos ser conscientes de las diversas manifestaciones y tipos de ictus, distinguiendo entre ictus isquémico e ictus hemorrágico.

El paciente debe ser vigilado por miembros del personal de técnico en cuidados auxiliares de enfermería que presten especial atención a posibles problemas de higiene, cambios posturales, problemas de comunicación y problemas de movilidad provocados por el ICTUS.

La dieta es crucial para los pacientes con accidente cerebrovascular porque corren el riesgo de asfixiarse o tener problemas para tragar. Debido a problemas de movilidad, hemiparesia, bajos niveles de conciencia o desorientación, este grupo de pacientes tiene un alto riesgo de caída.

La comunicación con los pacientes de este tipo es crucial. Experimentan un aumento de la ansiedad y el estrés debido a su incapacidad para expresarse, por lo que debemos ser comprensivos con sus sentimientos, respetarlos y hacer todo lo posible para aliviar esas emociones brindándoles alternativas a la comunicación oral, como iconos simples, o a través de diversos gestos, siempre mostrando respeto por el paciente teniendo paciencia y tomando los descansos necesarios.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado de los pacientes con ictus agudos.

3 Metodología

Para desarrollar más este capítulo como parte de la investigación se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica publicada actualmente. Las bases de datos principales, PubMed, Medline y Scielo, se han buscado minuciosamente en busca de libros, y también se han seleccionado artículos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

Una parte del cerebro que no recibe las cantidades necesarias de oxígeno y nutrientes debido a un problema de flujo sanguíneo puede sufrir daño celular o incluso comenzar a morir. Debido a esto, el cerebro tiene la capacidad de dejar de comunicarse con otras partes del cuerpo que regulan funciones como hablar, pensar y caminar.

Hay dos variedades de trazo:

-Los ataques cardíacos isquémicos, que suelen ser los más comunes, son provocados por coágulos de sangre o por el estrechamiento de una arteria que suministra sangre al cerebro. Como resultado, se interrumpe el flujo de sangre al cerebro, lo que resulta en un ataque al corazón.

Una gran hemorragia cerebral resulta de una enfermedad hemorrágica, que es provocada por la ruptura de una arteria.

Estos son los síntomas más típicos:

Confusión repentina, dificultad para entender o hablar, entumecimiento repentino o debilidad en la cara, el brazo o la pierna, generalmente en un área del cuerpo, un dolor de cabeza intenso, problemas de equilibrio, disminución de la visión en uno o ambos ojos a la vez y caminar descoordinado son todos los síntomas de confusión repentina.

La respuesta rápida de los servicios médicos en caso de un accidente cerebrovascular es crucial, razón por la cual algunos hospitales tienen unidades dedicadas a accidentes cerebrovasculares que generalmente están integradas en la sala de neurología.

El equipo médico, de enfermería y del técnico en cuidados auxiliares de enfermería atiende las 24 horas a los pacientes con ictus agudo (isquémico y hemorrágico) en las unidades de ictus durante las primeras 24 y 48 horas tras el ictus. Los pacientes con accidente cerebrovascular deben practicar una buena higiene. El respeto por la privacidad del paciente es primordial.

- Valoración del estado de la piel (avisar al personal de enfermería de posibles úlceras o cambios, si los hubiere).
- Comprobación de arrugas y cambio de sábanas y pijamas con la frecuencia necesaria.
- El personal de enfermería que realiza una higiene minuciosa de un paciente encamado con la ayuda del celador.
- Hidratación con leche corporal y aceite de almendras. Aplicar ácidos grasos esenciales en los puntos de presión enrojecidos y colocar taloneras protectoras en los pies, especialmente si los pies están paréticos o hemipléjicos.
- Enjuague bucal y ocular después de cada turno.

Movilización:

Es fundamental mantener una postura adecuada durante todo el día, prestando especial atención al hemicuerpo parético y/o hemipléjico. Los ajustes posturales deben realizarse cada dos horas, al igual que con otros pacientes, para prevenir las úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir complicaciones y preservar el máximo nivel de privacidad y autonomía del paciente dentro de los límites de su patología y las complicaciones

relacionadas con su enfermedad, el papel del técnico auxiliar de enfermería es fundamental en el equipo de salud.

En este tipo de patología, las primeras 48 horas son cruciales para la recuperación del paciente. Debemos facilitar diferentes canales de comunicación con el paciente, sobre todo si sufre de afasia, ya que se siente incompetente y se pone más nervioso, con lo que potencialmente haremos pausas en el proceso de comunicación y utilizaremos otras vías que no sean solo la comunicación oral.

6 Bibliografía

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

Capítulo 141

LA PRESENCIA DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO EN EL INTERIOR DEL MEDIO HOSPITALARIO

LOLI FERNANDEZ SOUTO

1 Introducción

Se conoce como quirófano o sala de intervenciones quirúrgicas a aquella que se encuentra en el interior de las inmediaciones sanitarias y que está preparada para la realización de las intervenciones quirúrgicas o también conocidas como operaciones a los pacientes que lo requieran por su estado de salud.

En el interior de este servicio se pueden desempeñar otras actividades como reanimación, anestesia y otras más para poder desarrollar de forma exitosa la intervención quirúrgica.

En este lugar, hay una serie de exigencias o condiciones que se deben de cumplir para realizar una operación exitosa:

- Debe de estar en un lugar cerrado.
- Tiene que estar alejado del resto de las instalaciones pero cerca de áreas como la sala de urgencias, el banco de sangre, el laboratorio, la farmacia, reanimación...
- El tránsito de personas debe de ser mínimo, solamente deben de tener acceso las personas que vayan a participar en la intervención quirúrgica como médicos, enfermeras, cirujanos, técnicos de enfermería, celadores, anestesistas, técnicos de rayos, enfermera instrumentista, etc.
- La limpieza y desinfección de este lugar debe de ser exhaustiva, es decir, muy estricta para evitar la contaminación en todo momento y que pueda ser perjudicial

para el paciente, para ello se deben de realizar varias limpiezas en profundidad después de cada intervención quirúrgica.

-Se debe de comprobar que todo el material que vaya a ser utilizado en la operación, este debidamente colocado y desinfectado para su previo uso.

2 Objetivos

Conocer algunas de las funciones que desempeña el técnico de enfermería en este ámbito.

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, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Son metodologías que ponen énfasis en la articulación de las problemáticas que aparecen como aisladas en las comunidades, pero que tienen relaciones causales entre ellas

4 Resultados

El quirófano debe de estar situado en un sitio central ante la necesidad de estar en cercanía con otras instalaciones de acogida o de hospitalización como los servicios médico-técnicos. Se deben de crear medios que eviten la entrada de aire y que prohíban también la entrada de personas o materiales que puedan traer efectos negativos para la salud del paciente.

El ecosistema del quirófano debe de tener un nivel de contaminación mínimo, mediante la realización de limpiezas de forma profunda durante varias veces. Se deben de eliminar todos los residuos o instrumentos contaminados en contenedores específicos para ello pero deben de ir herméticamente cerrados en bolsas especializadas para ello. La limpieza y desinfección del quirófano se suele realizar después de cada intervención pero también dos veces diarias aproximadamente una vez que han terminado los médicos de realizar todas las intervenciones quirúrgicas mediante los protocolos de higiene establecidos en el medio hospita-

laria, sin olvidar el resto de instalaciones del quirófano, las oficinas, vestuarios, salas de materiales quirúrgicos...

Para que los cirujanos y resto de personal sanitario puedan desarrollar la operación de forma exitosa, el quirófano debe de tener una serie de características:

- La mesa de operaciones puede inclinarse, modificar la altura.
- Las luces pueden orientarse de una forma u otra dependiendo de la visibilidad y comodidades del cirujano.
- El aparato de anestesia, está en la cabecera de la mesa de operaciones, tiene tubos que van conectados al paciente para facilitarle a respirar y sistemas de monitorización para las constantes vitales.
- Los materiales quirúrgicos deben de estar correctamente desinfectados y colocados en sus armarios o almacenes.
- El pulsioxímetro para observar la saturación de oxígeno del paciente.

Algunas de las funciones que puede realizar el técnico de enfermería en este servicio pueden ser las siguientes:

- Comprobar que el instrumental esté adecuadamente desinfectado y colocado.
- Vigilar las constantes vitales del paciente durante la intervención.
- Cambios posturales del paciente.
- Asistir a los compañeros sanitarios cuando lo requieran.
- Preparar la ropa de la cama, llamado paquete quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro sobre el quirófano del medio hospitalario, se debe de tener en cuenta que es un servicio adecuado a las necesidades de los pacientes, bien sea de manera improvisada o programada. Está disponible las 24 horas del día durante los 365 días del año para ofrecer una atención sanitaria a los pacientes que lo necesiten.

Para ello, también hay un gran grupo de profesionales sanitarios como puede ser el técnico de enfermería, que está adecuadamente formado y preparado para cualquier tipo de imprevisto que pueda suceder, pero con un trato adecuado y respetuoso con el paciente y con su familia.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 142

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA MUJER EMBARAZADA

ESTEFANIA BALLESTEROS CUERDA

LORENA ALCARAZ RODENAS

MARÍA LUISA GÓMEZ MARTÍNEZ

INES CRESPO GARCÍA

BERNARDINA ROMERO RÍOS

1 Introducción

Los cambios fisiológicos son alteraciones o adaptaciones que ocurren en los sistemas y funciones del cuerpo como resultado de diferentes factores, como el crecimiento, el desarrollo, el envejecimiento, las enfermedades o el embarazo. Estos cambios son parte normal de la vida y están regulados por procesos biológicos y hormonales.

Los cambios fisiológicos pueden afectar diversos sistemas del cuerpo, incluyendo el sistema cardiovascular, respiratorio, nervioso, endocrino, musculoesquelético, gastrointestinal, renal y reproductivo, entre otros

Es importante destacar que los cambios fisiológicos pueden ser temporales o permanentes y que, en algunos casos, pueden ser adaptativos o pueden ser signo de alguna enfermedad o condición médica

El embarazo es un período de transformación y crecimiento extraordinario en la vida de una mujer. Durante las aproximadamente 40 semanas de gestación, el cuerpo experimenta una serie de cambios fisiológicos notables y complejos para adaptarse a las demandas del crecimiento y desarrollo del feto. Están mediados por una interacción compleja de hormonas, ajustes metabólicos y adaptaciones físicas que permiten la creación de un entorno óptimo para el desarrollo del bebé. Estos cambios afectan a varios sistemas del cuerpo y se producen de manera progresiva a lo largo de las diferentes etapas del embarazo.

Hay que tener en cuenta, que cada mujer puede experimentar los cambios fisiológicos del embarazo de manera única y que estos cambios pueden variar en intensidad y duración.

2 Objetivos

Los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo tienen varios objetivos importantes para asegurar un desarrollo saludable del feto y apoyar las necesidades de la madre.

3 Metodología

La metodología llevada a cabo se ha basado en la consulta de variadas páginas webs, base de datos y artículos con el fin de ahondar en el tema y conseguir información importante para alcanzar los objetivos descritos en el apartado anterior.

4 Resultados

Descripción general de los principales cambios fisiológicos que ocurren durante este período:

1. Sistema reproductivo:

- El útero se expande para acomodar el crecimiento del feto.
- Aumento del flujo sanguíneo hacia el útero y la placenta.
- El cuello uterino se ablanda y puede dilatarse antes del parto.

2. Sistema cardiovascular:

- Aumento del volumen sanguíneo en el cuerpo de la mujer.
- Aumento de la frecuencia cardíaca para satisfacer las necesidades metabólicas del feto.
- La presión arterial puede disminuir ligeramente en el segundo trimestre y luego volver a los valores normales en el tercer trimestre.

3. Sistema respiratorio:

- El diafragma se desplaza hacia arriba debido al crecimiento del útero, lo que puede provocar una sensación de falta de aire.
- Aumento del consumo de oxígeno para satisfacer las demandas del feto.

4. Sistema gastrointestinal:

- Retraso en el vaciamiento del estómago, lo que puede causar acidez estomacal y sensación de plenitud.
- El aumento del tamaño del útero puede ejercer presión sobre el intestino, lo que puede llevar a estreñimiento.
- El hígado puede aumentar su producción de bilis.

5. Sistema renal y urinario:

- Aumento del flujo sanguíneo renal.
- Mayor producción de orina debido a la eliminación de productos de desecho tanto maternos como fetales.

6. Sistema musculoesquelético:

- El centro de gravedad cambia a medida que el útero crece, lo que puede afectar el equilibrio y la postura.
- Aumento de la relajación de las articulaciones y los ligamentos debido a las hormonas del embarazo, lo que puede aumentar el riesgo de lesiones articulares.

7. Sistema endocrino:

- Producción incrementada de hormonas como el estrógeno y la progesterona para mantener el embarazo y promover el desarrollo fetal.
- La placenta produce hormonas adicionales como la hormona lactógeno placentario humano (hPL) y el cortisol.

Para aliviar algunos de los cambios fisiológicos experimentados durante el embarazo, aquí tienes algunas sugerencias:

1. Náuseas y vómitos:

- Consumir pequeñas comidas frecuentes en lugar de comidas abundantes.
- Evitar o limitar los alimentos y olores que desencadenen las náuseas.

- Mantenerse hidratada bebiendo agua o infusiones de hierbas suaves.

2. Acidez estomacal y digestión lenta:

- Comer comidas más pequeñas y frecuentes en lugar de comidas grandes.
- Evitar alimentos grasos, picantes y fritos que puedan agravar la acidez estomacal.
- Consumir alimentos ricos en fibra para prevenir el estreñimiento.

3. Dolor de espalda y cambios en la postura:

- Mantener una postura adecuada al estar de pie o sentada.
- Usar calzado cómodo y de apoyo.
- Realizar ejercicios de fortalecimiento y estiramiento específicos para el embarazo.
- Usar almohadas de apoyo durante el sueño.

4. Fatiga y falta de energía:

- Descansar lo suficiente y dormir lo necesario.
- Establecer prioridades y delegar tareas para reducir el estrés y la carga de trabajo.
- Realizar ejercicio suave y adecuado para mantener la energía.

5. Cambios emocionales y fluctuaciones hormonales:

- Buscar apoyo emocional de familiares, amigos o grupos de apoyo.
- Participar en actividades relajantes como meditación, yoga prenatal o técnicas de respiración.
- Comunicarse abiertamente con el compañero/a sobre los sentimientos y preocupaciones.

6. Hinchazón y retención de líquidos:

- Mantenerse hidratada bebiendo suficiente agua.
- Limitar el consumo de sodio y alimentos procesados.
- Elevar las piernas y descansar para reducir la hinchazón.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el embarazo desencadena una serie de cambios fisiológicos significativos en el cuerpo de una mujer. Estos cambios están diseñados para asegurar un entorno óptimo para el crecimiento y desarrollo del feto, así como para mantener la salud y el bienestar de la madre. Desde ajustes en el sistema cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal hasta adaptaciones en el sistema endocrino y

musculoesquelético, cada sistema del cuerpo experimenta transformaciones para cumplir con los requisitos del embarazo.

El objetivo principal de estos cambios fisiológicos es asegurar el suministro adecuado de nutrientes y oxígeno al feto en desarrollo, así como proteger y apoyar su desarrollo en el útero. Además, los cambios fisiológicos preparan a la madre para el proceso del parto y la lactancia posterior.

Si bien los cambios fisiológicos del embarazo pueden generar molestias y síntomas, es importante tener en cuenta que son parte normal y necesaria de esta etapa de la vida. Con el adecuado cuidado prenatal y apoyo médico, muchas de estas molestias pueden aliviarse o controlarse.

6 Bibliografía

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000100039#:text=Cambios%20que%20resultan%20evidentes%20para,piel%20en%20algunas%20zonas,%20etc.

<https://www.gomezroig.com/cambios-fisiologicos-en-el-embarazo/>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2021/un211g.pdf>

<https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/salud-femenina/embarazo-normal/cambios-f%C3%ADsicos-durante-el-embarazo>

Capítulo 143

HIGIENE DEL ANCIANO: CUIDADOS GERIÁTRICOS

BEATRIZ FERNANDEZ LANZA

1 Introducción

La higiene personal es de gran importancia en las personas mayores, debido a que está relacionado con la salud evitando la aparición de diferentes enfermedades, favoreciendo el bienestar personal. Una buena higiene personal incluye el aseo diario del cuerpo y el cuidado de la imagen, aumentando la autoestima en el anciano. Hay que prestar atención especial en el aseo y el cuidado de ciertas partes del cuerpo como son: las manos, el cabello, los pies y la boca, tanto la familia y auxiliar de enfermería desempeñan un papel primordial en la higiene de las personas mayores debido a que estos normalmente la mayoría son dependientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria entre ellas el aseo personal. La familia será la encargada de fomentarle los hábitos higiénicos, manteniendo su intimidad y respetando sus costumbres personales pero procurando que estas tareas sean realizadas por el anciano fomentando una mayor independencia posible. Siempre tendremos especial cuidado en el aseo y cuidado de ciertas partes del cuerpo como son las manos, el cabello, los pies y la boca, el auxiliar de enfermería será el encargado de ofrecer estos cuidados tanto en residencias de ancianos, centros de día y hospital, así estaremos previniendo enfermedades y promoviendo la salud.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la higiene en el anciano.

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 higiene del paciente no puede convertirse en un riesgo para la salud del paciente, por el contrario, debe promover la integridad y la función de barrera de la piel para prevenir que microorganismos lesionen la epidermis, los tejidos y, llegando al extremo de afectar a los órganos.

Algunos de los problemas que conlleva el baño en cama son:

En pacientes que están en estado crítico, se ha comprobado que el baño puede ser arriesgado: ya que después de los movimientos de los signos vitales, el estrés o los cambios de temperatura. Es por eso que se insiste en el control y supervisión del proceso de higiene. Los jabones fuertes o los residuos de jabón que quedan en la piel pueden dañarla. El jabón elimina los lípidos naturales, disminuye los lubricantes naturales, altera el PH de la piel. Si no se lava bien y el jabón es muy fuerte, los daños en la piel suelen aumentar. Las pequeñas heridas en la piel pueden ser la puerta de entrada a infecciones difíciles de tratar. Este riesgo es mayor si el tiempo de permanencia en cama es prolongado (pacientes encamados). Algo parecido ocurre cuando la piel queda húmeda después del baño. Si no se seca bien y los pliegues de la piel quedan mojados, puede aumentar la flora microbiana del paciente. Finalmente, otro de los problemas detectados en el baño se refiere a la contaminación cruzada. Se ha estudiado que los instrumentos utilizados en la higiene del paciente pueden contribuir a un aumento en la carga de patógenos después del baño. Se recomienda vigilar estos factores de riesgo: Las palanganas, cuando quedan húmedas, suelen ser buenos lugares para la reproducción de microorganismos. Al utilizarlas al día siguiente, se aumenta el riesgo de recoger las bacterias o los hongos y trasladarlos al paciente.

La flora microbiana del paciente se puede quedar en las esponjas. Al pasar la misma esponja por las diferentes partes de cuerpo será posible contaminar la piel o las mucosas. Los utensilios personales del paciente, como cepillo, jabón, crema, pueden contaminarse si han quedado guardadas en la palangana húmeda. Luego, se podrá propagar la contaminación de las manos del personal de enfer-

mería a cargo del paciente. Las palanganas, toallas, utensilios de aseo, no se deben compartir con otras personas para evitar transferir patógenos.

5 Discusión-Conclusión

La habitación del anciano no debe suponer riesgos, por lo tanto, conseguirlo es todo un logro y beneficio para el mismo, da igual si la habitación es en un hospital, una residencia o en su propio domicilio, ya que este último suele ser una trampa que puede provocar caídas, produciendo inmovilizaciones prolongadas con sus peligros correspondientes e inconvenientes, de ahí que se produzcan úlceras por presión, infecciones urinarias, etc. Esto se evita asegurando que los pasillos y habitaciones estén perfectamente iluminados, tener un interruptor cerca de la cama para evitar caídas, instalar agarraderas en los baños cerca del WC y de la bañera para poder cogerse para levantarse o acceder a la bañera evitando los resbalones y caídas.

6 Bibliografía

1. Abizanda Soler P. y Rodríguez Mañas L. (2015) Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Barcelona: Elsevier.

Capítulo 144

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DE HOSPITAL

REBECCA DÍAZ RIERA

1 Introducción

El área de psiquiatría de un hospital se integra dentro del servicio de neurología y atiende trastornos psiquiátricos relacionados con patologías del sistema nervioso o neuropsiquiatría, por lo que es una zona hospitalaria de gran importancia.

El tipo de enfermedades que atiende el área de psiquiatría están declaradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como alteraciones “de tipo emocional, cognitivo o de comportamiento en el que se ven afectados procesos psicológicos básicos como pueden ser la motivación, la emoción, la conciencia, la conducta, la cognición, la percepción o el lenguaje, y que dificulta a la persona en su adaptación al entorno cultural y social” (1)

Por lo tanto, los signos o síntomas que padecen estas personas son permanentes y ven mermadas sus funciones, llegando incluso a tener, en algunos casos, que necesitar de ingreso hospitalario en dicha área psiquiátrica, donde los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) entrarán en contacto con ellos y se convertirán en unos de los profesionales más importantes para los mismos por su cercanía.

Y es que los TCAE acompañarán a los pacientes psiquiátricos en todo momento y tendrán como objetivo primordial proporcionarles bienestar físico y psíquico.

Y para ello tendrán que realizar determinadas funciones que lleven a que los pacientes se sientan cómodos y relajados en un lugar no familiar para ellos, a la vez que colaborarán con el resto de los profesionales que trabajan en esa área para conseguirlo. (2)

2 Objetivos

- Investigar acerca del trabajo que llevan a cabo los TCAE en el área de la unidad psiquiátrica de un hospital.
- Demostrar que su trabajo en dicha área tiene mucha importancia a través de las funciones que realizan.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura relacionada con el tema que se está tratando, en diversas bases de datos (revistamedica.com, Google académico, Revistasanitariadeinvestigación.com, campusanidad.csif.es) utilizándose, además, descriptores concretos (“El TCAE ante el paciente psiquiátrico hospitalizado”, “El TCAE y los pacientes de psiquiatría”, “Funciones de los TCAE en la unidad de salud mental”, “Unidad de psiquiatría hospitalaria”) aplicándose un filtro de idioma (trabajos en español) y abarcando el período de tiempo actual.

4 Resultados

Los resultados han demostrado que el trabajo de los TCAE en una unidad de psiquiatría hospitalaria es fundamental para que los pacientes ingresados en ella se vayan recuperando progresiva y satisfactoriamente, ya que los TCAE les ofrecen atención especializada y protegen su salud física y mental. Y esto se demuestra en el tipo de funciones variadas que realizan:

- Colaboran en el cuidado de la salud mental de las personas hospitalizadas en la unidad, prestando también atención a sus familiares.
 - Se preocupan de conseguir la mayor información del paciente para poder mejorar su relación con él y hacerle su estancia más agradable.
 - Se encargan de orientar al paciente y de facilitarle el descanso necesario, y de que se cumplan las medidas terapéuticas correspondientes.
- Además de las funciones básicas, los TCAE realizan funciones de bienestar físico y psíquico:

- Ayudan a su aseo a aquellos pacientes que lo precisen, además de a su higiene, vestimenta y alimentación (ingerir alimentos) a los pacientes dependientes. Estimulando a que el paciente tenga una buena presencia realizando su arreglo personal, puede evitar su apatía.
 - Ofrecerán orientación al paciente que sufre alguna enfermedad que provoque desorientación y serán capaces de detectar los síntomas previamente, ayudando así a aportar la seguridad que necesiten.
 - Colaboran con el personal médico para llevar a cabo el plan necesario que ayude a que el enfermo pueda descansar durante la noche, proporcionando así entre otras, un ambiente relajado o la medicación adecuada.
 - Vigilarán que los pacientes tomen dicha medicación seleccionada.
- Junto a las funciones antes mencionadas, los TCAE desarrollarán ciertas habilidades que servirán para mejorar la relación con los pacientes psiquiátricos:
- Deberán tener paciencia y tacto a la hora de tratar con dichos pacientes, además de sensibilidad y simpatía, respetando su dignidad e independencia.
 - Ofrecerán al paciente un entorno de confianza y tendrán una buena comunicación con ellos.
 - Tendrán capacidad de observación para detectar a tiempo los cambios que surgieran en los pacientes.
 - Han de tener fuerza emocional y física, además de capacidad de resistencia, pues se trata de un trabajo especial.
 - Deberán tener comprensión y empatía, no solo con los pacientes sino también con sus familiares.
 - Es importante también que el TCAE tenga iniciativa propia y capacidad para saber trabajar en equipo. (3).

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE de psiquiatría son profesionales sanitarios que han demostrado con su trabajo que son cruciales para asegurar la actividad óptima de dicha unidad. Se puede decir que el resto de profesionales sanitarios tienen en los TCAE un apoyo muy positivo para su trabajo, pues estos poseen unas capacidades y conocimientos que les hace convertirse en garantía de una gran ayuda.

Los pacientes psiquiátricos, por su parte, tienen en los TCAE una gran ayuda, ya que el objetivo principal de estos es el de ayudarles a superar sus problemas y crearles un ambiente agradable en un entorno no familiar para ellos.

En conclusión, los TCAE representan un apoyo imprescindible para los demás profesionales sanitarios en el cuidado de los enfermos psiquiátricos, para los pro-

pios pacientes, por los cuidados que les profesan y para los familiares, por la empatía que les ofrecen.

6 Bibliografía

1. María Isabel Menéndez García AFLLRCTFHM. FUNCIONES DEL TCAE EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA HOSPITALARIA. [Online].; 2019 [cited 2023 Mayo 08. Available from: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-psiQUIATRIA/>.
2. López MN. Funciones del auxiliar de psiquiatría: lo que hace este profesional. [Online].; 2020 [cited 2023 Mayo 09. Available from: <https://www.campustraining.es/noticias/funciones-auxiliar-psiQUIATRIA/#::text=Son%20las%20siguientes%3A,con%20problemas%20de%20salud%20mental.>
3. Hamed. 1CRGHCAMNMAHMHMRYMAFT. Funciones del TCAE en la unidad de salud mental hospitalaria. [Online].; 2022 [cited 2023 Mayo 10. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tcae-en-la-unidad-de-salud-mental-hospitalaria/>.

Capítulo 145

EL APARATO DIGESTIVO DEL ANCIANO

BEATRIZ FERNANDEZ LANZA

1 Introducción

La nutrición es una de las necesidades humanas básicas en todas las personas, cada célula de nuestro cuerpo necesita unos nutrientes determinados para así poder llevar a cabo la función que le corresponde y poder permitir que sea posible la vida. El TCAE debe conocer los principales nutrientes que deben tener una dieta especialmente en la del anciano asegurándole una correcta alimentación que provocara la prevención de determinadas enfermedades y un buen mantenimiento de la salud. Para un ser humano el acto de comer implica algo más que el simple hecho de nutrirse, comer es asociado a una sensación placentera y de bienestar, ya que esto lo sentimos desde los primeros días de vida. El acto en sí de comer es conocido como un acto social lo cual hace muy beneficioso estar rodeado de otras personas cuando nos dispongamos a comer, esto es muy beneficioso para el anciano, ya que en la mayoría de los casos los ancianos se encuentran solos y no tienen ninguna compañía durante las comidas. El envejecimiento acarrea una serie de cambios y modificaciones afectando a todos los órganos corporales, los cambios ocurren con el paso de los años afectando a los siguientes tramos del tubo digestivo; cavidad oral, esófago, estómago, intestino delgado y colon.

2 Objetivos

Dar a conocer información acerca del aparato digestivo del anciano y su correcta alimentación.

3 Metodología

Para escribir este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica y revisión de artículos y trabajos que tratan el tema sobre el aparato digestivo en el anciano, para la búsqueda se han utilizado términos y palabras clave como “nutrición” “nutrientes” “salud” “necesidades calóricas”.

4 Resultados

En cuanto a la preparación de los alimentos de los ancianos el menos aconsejable es la fritura, la forma más saludable es a la plancha; que nos permite cocinar carne, pescado y la verdura de esta manera es más fácil de digerir el pescado y la carne. Otra forma es hervido y cocido; una vez hervidos los alimentos se debe poner una cantidad justa de agua nunca más de la necesaria porque así se produce una dilución de los nutrientes.

Al Vapor; es muy parecido al hervido, pero aquí la ventaja es que los alimentos pierden menos nutrientes, para hacer los alimentos al vapor pondremos dos recipientes colocados uno encima de otro en el de abajo colocaremos agua y en el superior tendrá agujeros se colocara los alimentos estos agujeros permiten el paso del vapor del agua a los alimentos.

Al Horno; muy usada en la preparación de pescados y verduras, no hace falta añadir aceite porque ellos mismos se van haciendo en su propio jugo, es preferible no poner los alimentos a una temperatura no muy alta.

Al Papillote; consiste en introducir los alimentos en pequeños paquetes hechos de papel aluminio y estos se cierran calentándose en el horno a una temperatura de entre 180 grados C y más o menos entre 10 y 20 min. Otro punto importante en la preparación de los alimentos es la condimentación siendo la principal la Sal aunque se debe tener un consumo limitado en los ancianos y se puede sustituir por otros condimentos como son las especias, hierbas aromáticas, o unas gotitas de limón.

La Organización de los menús; los almuerzos y cenas deben ser variadas y contener los nutrientes necesarios, cada menú debe cumplir las siguientes normas; contener dosis adecuada de proteínas, verduras y hortalizas deben formar parte

del almuerzo y la cena, aportar una cantidad adecuada de fibra, un buen aporte diario de calcio, introducción de legumbres varias veces por semana, alimentos que aporten hidratos de carbono como el arroz, pasta y cereales, favorecer el consumo de pescado tanto de tipo azul como blanco, cocinar con pocas grasas y evitar exceso de calorías, evitar alimentos ricos en colesterol.

5 Discusión-Conclusión

La patología digestiva más frecuente en el anciano son los trastornos dentarios y orales, las caries son muy frecuentes en los ancianos, la placa dentaria está formada por moco, resto de alimentos y bacterias, las bacterias de la placa dental deshacen el azúcar que llevan los alimentos y provoca un ácido que disuelve el calcio de los dientes, formando un agujero en el diente afectado lo que conocemos como caries dental, una caries no tratada a tiempo puede llegar a destruir el esmalte dental y la dentina incluso llegando al nervio del diente. Un buen cepillado de dientes después de cada comida con una pasta dentífrica con flúor evitara los problemas orales y dentales.

6 Bibliografía

García Hernández, M. Martínez Sellarés, R (2012) “Enfermedad y envejecimiento” Elsevier Masson. Barcelona Formación Continuada LOGOSS

Capítulo 146

TRASTORNOS NEUROLÓGICOS EN EL ANCIANO

BEATRIZ FERNANDEZ LANZA

1 Introducción

Un alto por ciento de las enfermedades neurológicas se encuentran en la vejez, o bien se presentan en este periodo. Una parte en el envejecimiento determina alteraciones morfológicas, bioquímicas y funcionales en el sistema nervioso central (SNC) que facilita la aparición o agravamiento de diversos procesos patológicos, siendo por otra parte la mayor supervivencia de la población en los países desarrollados y control de enfermedades infecciosas permitiendo que las enfermedades iniciadas en la edad adulta adquieran su máxima expresividad en la etapa senil. Habiendo una mayor esperanza de vida se produce un incremento en la prevalencia de las enfermedades neurológicas, otro punto a tener en cuenta en las demencias (principal enfermedad el Alzheimer) son el 3 problema de salud, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, los profesionales de la enfermería estarán más implicados en sus cuidados, ya que son personas que necesitan muchos cuidados por las secuelas e incapacidades que sufren, no se disponen de tratamientos curativos en muchos casos, pero sí se dispone de tratamientos paliativos. El personal de enfermería pasa a ser un cuidador continuo dependiendo donde se encuentren; hospitales, centro de día, atención domiciliaria y principalmente residencia de ancianos, siempre que trabajemos con estos pacientes se debe ser consciente que experimentan diferentes tipos de pérdidas, el auxiliar de enfermería debe estar cualificado para ayudar a los pacientes y sus familiares a aceptar la pérdida.

2 Objetivos

Exponer los trastornos neurológicos en el paciente anciano.

3 Metodología

Para escribir este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica y revisión de artículos y trabajos que tratan el tema sobre los trastornos neurológicos en el anciano. Para la búsqueda se han usado términos y palabras clave “Alzheimer” “enfermedades neurológicas”.

4 Resultados

Para poder prestar unos cuidados óptimos a los pacientes afectados con problemas neurológicos hay que hacer una valoración detallada, marcándose como objetivo proporcionar unos cuidados integrales siempre y cuando tengamos en cuenta las capacidades reales que tienen los ancianos, haremos hincapié en la importancia de la adaptación del hogar o residencia donde se encuentran estos pacientes para mejorar su calidad de vida y evitar posibles accidentes. Cuando el enfermo de Alzheimer está en el primer estadio de la enfermedad y aún puede vestirse por sí mismo es importante seguir unas pautas. En su armario solo debe haber ropa de la estación del año que estemos, una buena ayuda es identificar la ropa de los cajones con letreros, la ropa debe ser fácil de lavar, flexible y fácil de abotonar o desabrochar, los botones y cremalleras se pueden sustituir por velcro, y el calzado mejor sin cordones, hay que intentar que el anciano se vista él solo y no invadir su intimidad ni herir su autoestima, también para facilitar que se vista él solo podemos poner las prendas por orden de vestir, así le será más fácil. En caso de tener una extremidad afectada será la primera en vestirse y para desvestirse al contrario por la extremidad no afectada, para vestirse y desvestirse mejor sentado así evitaremos caídas, como falta de equilibrio. La hora de dormir es primordial que esté bien si estuviera nervioso podría administrarse un calmante, pero siempre consultando con su médico antes, limitar las siestas todo lo que se pueda, puede hacerse una rutina antes de acostarse como tomar un vaso de leche caliente o una infusión para relajarse, dejaremos una pequeña luz encendida por si se despierta para que pueda orientarse y evitar tropiezos y caídas.

5 Discusión-Conclusión

Se cree que la enfermedad del Alzheimer no es una parte normal del envejecimiento, el Alzheimer es la degeneración irreversible del cerebro causando problemas de memoria, trastornos cognitivos, la personalidad y otras funciones que conducirán a la muerte debido a un cese completo del cerebro. Actualmente hay 800.000 personas que padecen esta enfermedad y a nivel mundial se cree que hay 46.8 millones de personas. Es una enfermedad que causa estragos en la memoria, la cognición, la personalidad, desorientación, parafasias (cambiar un sonido por otro), reducido nivel de comprensión del lenguaje y dificultades prácticas (dificultad para hacer las cosas cotidianas) vestirse, peinarse, etc.

6 Bibliografía

Revisión bibliográfica Bibliográfica de los cuidados del paciente anciano con trastorno mental. Sáenz BM, Torres PD, González JR, Cano TR (2016)

Capítulo 147

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON EL CARRO DE CURAS

INMACULADA CONCEPCION SANCHEZ CAMPAYO

LOURDES SOLSONA SAGRADO

MARÍA VIRTUDES GARRIDO NAVARRO

MARGARITA VILLEGAS FERNÁNDEZ

MARIA JOSE MORENO CALERO

1 Introducción

El carro de curas es un elemento que no puede faltar en cualquier hospital, u centro sanitario, así como en residencias de ancianos, ya que permite transportar fácilmente todo el instrumental necesario para hacer curas a los pacientes que lo precisen, ya sean quirúrgicas o habituales, existiendo varios modelos, pero el más común es de acero inoxidable, con dos bandejas una arriba y otra abajo. Nunca entendiéndose como un medio de transporte de medicamentos, como se suele pensar.

Como debe de ser usado por una sola persona, debe de ser ligero, con ruedas para su desplazamiento y de un tamaño apropiado para pasar por las puertas sin

darles, evitando que su contenido se desordene.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, TCAE, tendrá que reponer y limpiar el carro de curas, de manera que debe de velar para que no falte ningún elemento ni instrumental, tal y como se exige en las normas del servicio en el que se encuentra destinado, diferenciando dichos elementos según el tipo de pacientes que hay que curar, por ejemplo: en ginecología habrá espéculos, cepillos endocervicales, lámparas con lupa, gel ultrasonidos, etc, y en la urología, habrá sondas vesicales, bolsas recolectoras, etc. El material utilizado debe ser no irritante.

2 Objetivos

- Explicar lo que es un carro de curas, así como su estructura y los diferentes materiales que lo componen.
- Desarrollar la labor del TCAE con este elemento imprescindible dentro del entorno sanitario.

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 que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Este carro facilita las curas diarias que llevará a cabo el enfermero/a, siendo su contenido distinto según la unidad en la que se encuentre, pero por norma general deberá contener:

- Guantes estériles y no estériles de distinto tamaño.
- Agujas de varias dimensiones y jeringas, así como un contenedor de agujas.
- Esparadrapo, apósitos de diferentes medidas, algodón, gasas estériles, tul grueso.
- Vendas de distintas medidas y clases.
- Elementos adhesivos transparentes para fijar las vías, así como todo tipo de vías y calibres.

- Antisépticos, suero fisiológico, anestésicos locales, antibióticos, suturas, pomadas.
- Paños y campos estériles, red de malla tubular de diferentes tamaños
- Tapones para equipos de suero y vías, llave de tres pasos.
- Una caja metálica con: hojas de bisturí, tijeras de vendajes, estilete abotonado, sonda acanalada, pinzas pean y pinzas Kocher, entre otros.
- Bateas para desechar el material sucio.
- Mascarillas, batas y gorros.

El carro se repone y se limpia en cada turno y cuando no se utilice se coloca en el control de Enfermería o la sala de curas. El TCAE procederá de la siguiente forma para limpiarlo:

- Primero, se lavará las manos y se colocará los guantes.
- Retirar los objetos de las distintas bandejas del carro.
- Tirar restos de envoltorios o elementos que no sean necesarios o se hayan ya usado a la basura.
- Quitar la bolsa de basura y llevarla donde proceda según los elementos que contenga.
- Lavar y desinfectar las bandejas del carro con una solución desinfectante. Después secarlo.
- Reponer todo lo necesario, pero sin sobrecargarlo para que no se caigan al suelo.
- Por último se ubicará en el lugar que se tenga por costumbre para ser utilizado por otros compañeros o en el siguiente turno ya sea: en el cuarto de curas, en el cuarto donde se prepara la medicación o en el control de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

El carro de curas es un instrumento de trabajo imprescindible en el ámbito sanitario, siendo utilizado en cada turno laboral para realizar las curas habituales diarias, como aquellas tras una operación quirúrgica, de ahí la importancia de que esté siempre limpio, desinfectado y con todo lo necesario, sin que falten cosas que después haya que ir a buscarlas a medio de una cura.

Esta limpieza, desinfección y reposición le corresponde al TCAE bajo las pautas anteriormente especificadas, por lo que se hace indispensable que conozca todos los elementos que en el carro existen como son: jeringas, agujas, esparadrapo, vías, bateas para el material usado, etc.

6 Bibliografía

1. Técnicos en Cuidados de Enfermería. Editorial Mad.
2. Auxiliar de enfermería. McGrawHill Education (2016).
3. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google:carro de cura, TCAE, técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
4. Cuidado, mantenimiento y limpieza del carro de curas en una unidad y el papel del TCAE en el proceso - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
5. tcaeauxiliaresEnfermería.blogspot.com/2015/01/higiene-t5-materiales-instrumental-de.html?m=1.

Capítulo 148

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL NEONATO

INMACULADA CONCEPCION SANCHEZ CAMPAYO

LOURDES SOLSONA SAGRADO

MARÍA VIRTUDES GARRIDO NAVARRO

MARGARITA VILLEGAS FERNÁNDEZ

MARIA JOSE MORENO CALERO

1 Introducción

En la unidad de neonatología es aquella parte del hospital en la que se realiza las primeras valoraciones del bebé recién nacido y los primeros cuidados, así como el seguimiento posterior, es decir, se inicia con el parto continuándose hasta cuando los neonatos están enfermos.

Cuando los bebés tienen problemas tras el parto son ingresados en el hospital en una sección del mismo llamada Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) para los casos más graves. En otra unidad de cuidados intermedios, estarán los niños procedentes de la UCIN, de sala de partos y plantas de maternidad, con distintas sintomatologías como: los nacidos antes de las 37 semanas de gestación, hipoglucemias, hiperbilirrubinemia, síndrome de abstinencia, bajo peso, etc. Existe otra unidad de cuidados básicos.

En este servicio, existe un equipo multidisciplinar, formado por un equipo de Enfermería, pediatras especializados (neonatólogos), TCAE, y en casos mas necesarios se pueden contar con médicos especialistas en el diagnóstico y tratamiento de patologías complicadas, radiólogos, cirujanos, etc.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, TCAE, su función primordial dentro de este servicio, es la de velar por la salud del recién nacido, observar sus avances o si por el contrario, se diera el caso de alguna complicación de trasladarlo al equipo médico y de enfermería. También se encargará de su higiene, asesorando si lo necesitaran a los padres ante cualquier duda siempre que no sean competencia de personal de enfermería titulado.

2 Objetivos

- Desarrollar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de neonatología y las características de estos pacientes.

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 que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dentro de la unidad de neonatología podemos encontrar diferentes tipos de pacientes según sus circunstancias o patologías:

- Neonatas por motivos sociales.
- Neonatas sin patología añadida.
- Neonatas a término con patologías.
- Neonatas de cuidados intensivos o especiales.

En este servicio el TCAE deberá de tener en cuenta una serie de recomendaciones generales: Hay que tener en cuenta el protocolo a seguir por el TCAE a la hora de manipular a un bebé:

- Lavado y desinfección de manos antes y después de tratar con los bebés.

- Si el neonato tiene alguna infección o enfermedad contagiosa se debe usar mascarilla y gorro.
- No debe llevar relojes, anillos, pulseras que pudiesen arañar o hacerle daño al bebé. Recogerse el pelo.
- Proteger al neonato de: cambios de temperatura, golpes, ruidos, controlar las medidas de asepsia, evitando luz excesiva y manipulación brusca

El TCAE deberá cumplimentar la hoja de cuidados neonatales, en la cual se hace una valoración por cada turno de trabajo del bebé, sus necesidades y sus cuidados: 1/ Cuidados básicos como son la alimentación, control de la orina y heces, aseo, cambios posturales, cordón umbilical, lavado de ojos, peso y temperatura. El TCAE le dará el biberón si fuera necesario como norma general cada 3 horas o según prescripción médica.

2/ Cuidados complementarios: control de la temperatura y humedad que existe en la incubadora, así como de su mantenimiento.

Cuando el bebé es prematuro, es decir cuando no llega a las 37 semanas de gestación y pesa menos de 2'5 Kg, es necesario que se instale en una incubadora hasta que pueda ser dado de alta, de manera que en ellas podrá permanecer en unas condiciones de temperatura, humedad y oxígeno óptimos para su supervivencia. Estas tienen unas ventanas que se abren para permitir la manipulación del niño para proceder al aseo y su alimentación. El TCAE se encargará de que la incubadora esté lista para cuando pongan al bebé y de tener las sábanas limpias, pero la vigilancia y seguimiento del niño es competencia del enfermero y del pediatra.

El TCAE tendrá que estar pendiente de los signos que pueden resultar ser un síntoma de infección, si tiene fiebre o llora sin descanso, para ello vigilará las tomas, los cambios de pañal y el peso trasladando los datos al resto del equipo de enfermería y médico para su evaluación.

5 Discusión-Conclusión

La atención y cuidados, tanto de la madre como del neonato, desde el momento del parto, serán llevados a cabo por un equipo multidisciplinar: facultativos y enfermería, entre los que también se encuentra el TCAE cuyas funciones se basan en aportar cuidados básicos al recién nacido, ayudar a la madre con las tomas de la lactancia y sus dudas, darle el biberón si fuera necesario, higiene, vigilar el peso, la frecuencia respiratoria y cardíaca, control del pañal, y el bienestar en general,

así como colaborar con los demás profesionales del equipo en sus tareas .

Puede ser que el neonato venga con ciertos problemas tras el parto, por lo que serán ingresados en una unidad especial llamada Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN); habrá otra de cuidados Intermedios y otra de cuidados Básicos.

6 Bibliografía

1. Formacion Logoss.
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : unidad de neonatología, técnico auxiliar de cuidados de enfermería, TCAE, cuidados del recién nacido..
3. Técnico auxiliar de cuidados de enfermería, editorial MAD.
4. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/eltcae-en-la-unidad-de-neonatologia/>

Capítulo 149

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS

INMACULADA CONCEPCION SANCHEZ CAMPAYO

LOURDES SOLSONA SAGRADO

MARÍA VIRTUDES GARRIDO NAVARRO

MARGARITA VILLEGAS FERNÁNDEZ

MARIA JOSE MORENO CALERO

1 Introducción

Los primeros auxilios se refieren a las técnicas y procedimientos que se deben de llevar a cabo a una persona que acaba de tener un accidente, lesión o unos síntomas de enfermedad mientras que acude la ayuda médica a la cual hemos llamado para que se persone en el lugar de los hechos. Son técnicas que se aplican en caso de emergencias con el objetivo de mantenerla con vida a la persona y evitar un empeoramiento de su estado de salud mientras que llega la ambulancia.

En este tipo de situaciones, es importante mantener la calma y actuar con rapidez y seguridad, evaluando la situación y el estado en el que se encuentra la persona necesitada, sabiendo que estos conocimientos son básicos y fundamentales, y

nunca deben sustituir la atención médica profesional, y sobre todo en caso de duda de como actuar, hay que esperar al servicio de emergencias.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), debe de conocer estas técnicas para poder actuar en situaciones de urgencia en el desarrollo de su trabajo mientras que llega personal cualificado, y como no en su día a día, lo cual nos lleva a pensar que cualquier persona debería conocerlas, y así evitar daños mayores o incluso la muerte.

En el caso de que la persona haya dejado de respirar o su corazón de latir se debe realizar la RCP, la técnica de reanimación cardiopulmonar, consistente en hacer la respiración boca-boca para aportar oxígeno a los pulmones de la víctima, comprimiendo a la vez el tórax para mantener el bombeo del corazón y la circulación de la sangre.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de que el TCAE tenga conocimientos de primeros auxilios y estar formado en la técnica de reanimación cardiopulmonar (RCP).

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 que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen unas siglas que recuerdan como actuar: P.A.S, las cuales significan: Proteger, Alertar y Socorrer, veámoslas:

1/ Proteger: observar que hay un entorno seguro, lo cual es difícil en incendios, accidentes de tráfico, intentando mantener a salvo a la persona mientras que llegan los servicios sanitarios.

2/ Avisar: si existe gravedad hay que llamar al teléfono de emergencias (112).

3/ Socorrer: atender a la persona siguiendo un correcto orden en una serie de pautas y pasos, como es la Reanimación cardiopulmonar.

Ante una situación de emergencia, hay que aplicar los primeros auxilios y estos deben seguir los siguientes principios generales:

- 1/ Llamar al 112 o personal sanitario cualificado, intentando mantener la calma.
- 2/ Comprobar la respiración, el pulso y el nivel de consciencia.
- 3/ Si no hay pulso y respiración se debe practicar la Reanimación cardiopulmonar.
- 4/ Si existen hemorragias externas graves, cortarlas.
- 5/ No hacer cosas que se tenga dudas de como hacerlo, solo hacer lo que se sabe hacer bien.
- 6/ No dar líquido si está inconsciente.

A continuación, se explican las técnicas más comunes de primeros auxilios que el TCAE debe conocer:

- 1/ Parada cardiorrespiratoria: en este caso se comenzará a realizar la reanimación cardiopulmonar (RCP), actuando con rapidez para garantizar la supervivencia de la persona.
- 2/ Fracturas y luxaciones: para ello se inmovilizará la zona en cuestión, pero sin intentar colocar el hueso en su sitio, ya que esto podría empeorar la lesión. No mover a la persona.
- 3/ Heridas y cortes: lo primero es limpiar la herida con agua y jabón y cubrirla con una gasa estéril, sin quitar los cuerpos extraños incrustados en la lesión que podrían empeorar la situación.
- 4/ Quemaduras: lo primero es retirar la fuente de calor y enfriar la zona afectada con agua fría, sin aplicar cremas ni ungüentos.
- 5/ Hemorragias: se debe de presionar la herida con una tela o gasa limpia, de manera firme y constante, si se aprecia que sea grave, se elevará la zona afectada para disminuir el flujo sanguíneo.
- 6/ Reacciones alérgicas: identificar la causa de la alergia y eliminarla si es posible, esperando a que llegue la asistencia médica que aplicará un antihistamínico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el conocimiento de las técnicas de primeros auxilios es fundamental para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), el cual ante una emergencia lo primero que debe hacer es mantener la calma y llamar al 112 o a personal sanitario cualificado, actuando con rapidez y siguiendo siempre el protocolo que hemos visto de P.A.S.: proteger, avisar y socorrer. Es importante no mover a la persona a no ser que sea necesario para quitarlo de alguna fuente de peligro inminente, vigilando la seguridad del accidentado, de sí mismo y de cualquier persona cercana a la situación de emergencia.

El TCAE deberá conocer como se hace correctamente la técnica de reanimación cardiopulmonar, como parte de un equipo multidisciplinar de asistencia sanitaria aunque cualquier persona debería de conocerlas, ya que puede suponer salvar la vida de una persona mientras que llegan los servicios médicos o la ambulancia. Al igual que hacerlo incorrectamente, también podría suponer un empeoramiento de la salud de la persona. No conocer estas técnicas puede suponer la muerte de una persona, igual que realizar técnicas erróneas a una persona accidentada también puede hacer empeorar su estado de salud gravemente.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : auxiliar de enfermería, TCAE, primeros auxilios, RCP, técnica de reanimación cardiopulmonar.
2. Formacion Logoss.
3. La reanimación cardiopulmonar y la atención inicial a las urgencias y emergencias pediátricas. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000400022&lng=es
4. Tema TCAE Primeros Auxilios y Actuaciones en de Urgencia
5. www.cruzroja.es

Capítulo 150

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS QUEMADURAS DE URGENCIA

NEREA PÉREZ-CEJUELA MORENO

LUCÍA MORENO CANO

ROSA MARÍA GARRIDO REQUENA

LOLA SERRANO BELLOT

MARIA LLANOS ALFARO JAVEGA

1 Introducción

Se define quemadura como toda lesión en un organismo producida por la variación de calor, mas o menos intensa y mas o menos duradera, producida por un agente casual determinado.

También es la destrucción de los tegumentos, incluso de los tejidos subyacentes, bajo el efecto de un agente térmico, químico o radiactivo.

La agresión térmica activa el mecanismo de la inflamación que conlleva la alteración de la permeabilidad capilar.

- La alteración de la permeabilidad capilar provoca edemas generalizados, hipovolemia e insuficiencia renal, shock distributivo...
- La piel quemada no mantiene su capacidad fisiológica de protección térmica y de aislamiento del medio: hipotermia, pérdida de su elasticidad, etc.

- Si el tratamiento no es correcto y se aplica de un modo precoz, conduce al fallo multiorgánico y a la muerte del paciente.
- También se producen alteraciones metabólicas como hiperglucemia y acidosis metabólica.

Las quemaduras se pueden clasificar:

Según el agente causante: calor por exposición, frío, radiaciones solares, ultravioletas e infrarrojos. Estas suelen producirse por exposiciones prolongadas, sustancias causticas o ácidos, electricidad.

También se clasifican según su extensión. Para ello se utilizan varios métodos:

- La regla de los 9 de Wallace que consiste en asignar un porcentaje de superficie a cada zona del cuerpo, siendo todos múltiplos de 9.
- La regla de Lund y Browder que es igual que la anterior, pero se usa específicamente para niños.
- La regla de la palma de la mano la mano estirada con los dedos juntos y estirados supone un 1 por ciento de la superficie corporal del paciente.

Otra clasificación es según la profundidad es decir el espesor de la piel afectada en la lesión.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en urgencias en la atención a los pacientes quemados, los cuales también son considerados pacientes politraumatizados.

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

Quemaduras de primer grado.

Afectan a la epidermis. Presentan eritema doloroso y edema de la zona. Son lesiones no exudativas. No presentan flictenas. Son hiperestésicas las cuales le producen al paciente mucho dolor al contacto, roce o presión. A los tres o cuatro

días se curan espontáneamente sin cicatriz. Puede existir hiperpigmentación. Un ejemplo son las típicas quemaduras solares.

Quemaduras de segundo grado.

Afectan a la dermis:

- Superficiales caracterizadas por la aparición de flictenas, exudativas e hiperestésicas la zona afectada es rosada y dolorosa. Se blanquea con la presión y no afecta al folículo piloso. Curación espontánea a las 3 semanas con cicatriz residual mínima e inapreciable.
- Profundas lesiones exudativas con o sin flictemas. La zona afectada está pálida no se blanquea con la presión y es hipoestésica, el paciente no discrimina los contactos y no siente dolor. El folículo piloso está afectado y al extraer el pelo no siente dolor. El tiempo de curación es prolongado mas de 35 días aumentando el riesgo de infección, de cicatriz hipertrófica y de secuelas estéticas y funcionales. Muchas veces precisa tratamiento quirúrgico (injertos cutáneos)

Quemaduras de tercer grado.

Afecta a la piel y anejos. Son lesiones secas, no exudativas y sin vascularizar.

Aparece una escara seca blanquecina o negruzca afectando a la sensibilidad. Son susceptibles de tratamiento quirúrgico. Dejan cicatrices irregulares, a veces requieren injertos y pueden causar retracción articular

Al valorar la profundidad de una quemadura hay que tener en cuenta que el edema puede dificultarla y por eso en 24-48 horas hay que volver a valorarla.

En todos los artículos consultados el paciente quemado es el politraumatizado mas grave en el contexto de las diversas agresiones que puede sufrir el organismo. Se trata de una patología muy frecuente. La gran mayoría sucede en el contexto del hogar y los mas afectados son mujeres, niños y ancianos. Siendo la segunda causa de muerte en niños de 1 a 4 años tras los accidentes de tráfico. También en la industria existe un gran porcentaje sobre todo quemaduras eléctricas y químicas. En el caso de encontrarnos ante una situación de riesgo vital deberemos si precisa utilizar el soporte vital avanzado. El TCAE realizará compresiones torácicas de calidad si fuese necesario y colaborara con el equipo interdisciplinar en las acciones que se lleven a cabo.

Valoraremos la permeabilidad de la vía aérea y el riesgo de lesión inhalatoria en victimas de un incendio, ya que se pudiese producir broncoconstricción a causa de gases inhalados. Buscaremos los signos de quemadura de la vía aérea pudiendo ser necesaria la intubación orotraqueal. El TCAE puede identificar y alarmar de estos signos.

Monitorización de constantes vitales tensión arterial (TA), frecuencia cardiaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), electrocardiograma (EKG), saturación de ox-

igieno, temperatura... Buscaremos signos de shock hipovolémico. Palparemos pulsos distales a la quemadura para saber si existe perfusión adecuada.

Realizaremos una valoración neurológica, agitación, confusión, convulsiones...El TCAE observará cambios en la conducta.

Desnudaremos al paciente recortando la ropa adherida nunca arrancándola. Usaremos suero salino templado para despegarla. Retiraremos todos los objetos personales con la mayor asepsia posible. Colocaremos al paciente sobre sabanas limpias.

Valoraremos el porcentaje aproximado de superficie corporal quemada. Regla de los 9.

Mantendremos al paciente seco y abrigado con temperatura ambiente de 36-38 grados. Para que no pierda calor.

En general la función del TCAE en la atención al paciente quemado en urgencias es:

- Ayudar a desvestir al paciente: no arrancar la ropa, recortar las zonas que hayan quedado pegadas
- Irrigar con suero fisiológico las zonas afectadas.
- Colaborar con el médico en la intubación orotraqueal en caso necesario siempre que lo pida el médico. Si no administrar oxígeno según prescripción facultativa.
- Preparar todo el material necesario para canalizar dos vías venosas e iniciar el tratamiento con sueroterapia
- Preparar el material y colaborar en el sondaje vesical.
- Preparar todo el material necesario para realizar las curas y colaborar en las inmovilizaciones con la enfermera (DUE).

5 Discusión-Conclusión

Sobre el tratamiento de las quemaduras lo que podemos concluir es que la utilización de sujeciones de algodón no elásticas en quemaduras cuya evolución no se puede controlar frecuentemente conlleva el empeoramiento de la lesión. La presión sobre la lesión implica el empeoramiento de la situación por hipoxia. La utilización de vendas elásticas en dedos y articulaciones disminuye la movilidad de dichas zonas con el riesgo de secuelas funcionales.

La malla elástica tubular es ideal para el tratamiento ambulatorio en pacientes con quemaduras permitiendo la expansión del edema, resistente y duradero adaptable a todas las zonas y estados de evolución de la lesión permitiendo movilidad total.

La correcta utilización de vendas elásticas aporta el beneficio de favorecer el retorno venoso como consecuencia de la congestión venosa.

6 Bibliografía

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

Capítulo 151

MUESTRAS DE ESPUTO EJECUTADA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NEREA PÉREZ-CEJUELA MORENO

LUCÍA MORENO CANO

ROSA MARÍA GARRIDO REQUENA

LOLA SERRANO BELLOT

MARIA LLANOS ALFARO JAVEGA

1 Introducción

Hoy nos centraremos en una de las varias secreciones, en lo que al cuerpo humano se refiere, vamos a ver y exponer lo referente a la expectoración del esputo. La enunciación del esputo (en latín, sputum) es la flema o secreción que se origina en los pulmones, tráquea, bronquios, laringe, faringe y aún en la cámara posterior de la boca, y que se arroja y expulsa de una vez en cada expectoración y la tos. Según Wikipedia.

El esputo por ser secreción o producto corporal sirve para determinar y evidenciar el estado del aparato respiratorio y, por lo tanto, su examen al microscopio es muy corriente en los estudios complementarios de las personas con síntomas de enfermedad respiratoria.(3)

También se designa flema (descendiente del griego "inflamación") por ser esta un fluido segregado por la mucosa en el aparato respiratorio de los mamíferos cuando existe una inflamación.

Los esputos son acúmulos de mucosidad en el cuerpo, derivados del aparato respiratorio y de sus vías superiores que ascienden por la tráquea y se expulsan por la boca mediante una tos profunda o a través de una expectoración fuerte. En ese proceso de expulsión del esputo, se puede dar la situación de que podrían verse teñidos de sangre, infectarse o estar dotados de células anormales que pueden llevar al diagnóstico de diversas patologías o enfermedades y sus causas.

2 Objetivos

Describir los métodos para el análisis de muestras de esputo en laboratorio y el procedimiento a seguir para la recogida de la muestra.

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 como Scielo, Medline y Google académico; utilizando varias páginas de protocolos y recogidas de muestras y de búsqueda en referencia al esputo, restringiendo la búsqueda a publicaciones en español e inglés de las últimas décadas.

4 Resultados

Veremos la diversidad de los métodos de análisis del esputo.

Existen diferentes métodos para el análisis de una muestra de esputo; en términos generales y en relación con el tipo de análisis que hemos utilizado, estos estudios del esputo lo podremos dividir y clasificar en:

- Estudio macroscópico: Este se va a referir al análisis de lo que se ve y observamos a simple vista de las características visibles y evidentes del esputo como color, consistencia. Se le denomina un estudio básico.
- Estudio bioquímico: nos va a dar la posibilidad de poder establecer el pH, las enzimas, y demás peculiaridades y características y elementos químicos que se pueden encontrar dentro del esputo.

- Estudio microscópico que a su vez incluye el estudio citológico, que es el que nos permite detectar si existieran las células precancerosas o cancerosas y el estudio microbiológico es el que nos va a permitir la detección de microorganismos denominados patógenos.
 - Tinciones especiales: Como podrían ser la conocida tinción de Gram, la tinción con Lugol, que nos va a ayudar a la detección de algunos bacilos específicos. Cuando esté en el laboratorio, el estudio se asentará en dos puntos:
 - Consistirá primeramente en un examen macroscópico y microscópico: Se pone un poco de muestra en una placa de Petri estéril y se visualizará la consistencia y el aspecto que tiene.
 - En las muestras normales como deberíamos ver el esputo su aspecto, acuoso, claro y sin olor. Se deberán recoger las partículas que nos inviten a sospechar y el técnico de laboratorio las pondrá en un portaobjetos con el fin de examinarlo al microscopio.
 - Se ejecutará un cultivo del esputo: Mediante esta técnica el técnico de laboratorio verá al agente culpable de la infección y descubrirá cuál es el antibiótico correcto para el tratamiento preciso.
 - Se ejecuta una tinción de Gram y una tinción Ziehl Nielsen (para micobacterias) y se sembrará el resto de la muestra en diferentes medios de cultivo según las sospechas clínicas que se tengan. Los medios se conservarán a la temperatura y tiempo adecuados, que pueden variar desde las 24-48 horas incluso hasta los 7-15 días.
- Los siguientes pasos serán los que vamos a seguir a la hora de la toma de la muestra:
- El esputo debe salir del tracto respiratorio bajo tras una expectoración profunda.
 - Es preferible la recogida a primera hora de la mañana, en ayunas y habiendo enjuagado con agua la boca, siempre que sea posible lo más aséptico. Se dispondrá un bote estéril con una boca ancha.
 - Cuando tengamos la muestra, será llevada al laboratorio inmediatamente, si no se pudiera, se deberá conservar en refrigeración a 4 °C y nunca más de 24 horas.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión y opinión de la importancia que tiene el conocimiento de los varios tipos existentes de esputo y de las técnicas de recogida del esputo por supuesto de la buena práctica a la hora de hacerlo correctamente, para que la muestra sea lo más válida posible, lo cual es función por norma general del Técnico de cuidados auxiliares de enfermería.

Por lo que vemos es que el análisis del esputo es un procedimiento muy habitual y básico que nos va a permitir el estudio y el diagnóstico, así como el seguimiento de las múltiples patologías que nos podemos encontrar en un enfermo de tipo inflamatorio, infeccioso o tumoral, que pueden cursar con una afectación pulmonar, de ahí su importancia a la hora de ejecutar estos procedimientos correctamente.

6 Bibliografía

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española (22ª ed.). Madrid: RAE; 2001.
2. Folch Amich, Francisco de Paula. Tratado elemental de patología general y anatomía patológica. Barcelona: Imprenta y Librería de Benito Espona; 1845.
3. Piquer A. Las obras de Hipócrates más selectas (volumen 1). Madrid: Imprenta de la Viuda de Ibarra; 1788.
4. <https://es.scribd.com/document/516216808/ESPUTO>.
5. <https://www.academia.edu/35316879/ESPUTO>.
6. <https://es.wikipedia.org/wiki/Esputo>.
7. <http://amsecqui5.over-blog.com/1111111-84.html>.

Capítulo 152

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA EN LA CLÍNICA DENTAL

RAQUEL PORTAS RIOS

1 Introducción

La odontología es una rama o ciencia de la salud que se ocupa de diagnosticar, tratar y prevenir las enfermedades que tienen que ver con el sistema estomatognático, como dientes, encías, tejido periodontal, maxilares superiores e inferiores. Las enfermedades que más destacan son la caries dental, maloclusión, enfermedad periodontal, gingivitis.

El odontólogo o estomatólogo, es el médico especializado en odontología que estudia y trata toda la cavidad oral como maxilares, músculos, piel, vasos y nervios. Pero no todas estas enfermedades son tratadas por el médico denominado estomatólogo, sino que algunas tienen que ser atendidas o intervenidas por el oncólogo debido a un cáncer oral que afecte de forma negativa y sea dañino para la salud del paciente.

El odontólogo o dentista debe poseer una gran cantidad de conocimientos sobre la medicina bucal, incluyendo la anatomía, fisiología, patología y farmacología. Es un médico que estudió seis años de medicina y su especialidad.

Dentro de la odontología puede haber diversas especialidades que vamos a nombrar alguna de ellas a continuación: rehabilitación oral, periodoncia o periodontología, endodoncia, odontogeriatría, odontopediatría, ortodoncia, salud pública dental, implantología dental, odontología preventiva, odontología estética o cosmética, forense, patología bucal, cirugía oral y maxilofacial, deportiva, radiografía intrabucal, ocupacional, cariología.

2 Objetivos

Describir las funciones del técnico de enfermería en la clínica dental.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de 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, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

A continuación, veremos algunas características esenciales que se deben de cumplir en el interior de una clínica dental.

La clínica dental, debe de situarse en un lugar donde frecuente un gran número de personas, también que tenga fácil acceso y sea visible y donde haya poca competencia.

La fachada externa debe de ser llamativa para atraer al mayor número de público para lograr e ir ganando poco a poco clientes.

En el interior de la clínica dental debe de ser:

-El área de recepción, es donde se le da la bienvenida al cliente, por lo que es de gran importancia dar una buena visibilidad porque es la primera impresión de una persona al entrar a esta. Tiene que estar todo organizado en sus respectivos ficheros y sobre todo que haya una limpieza adecuada. La decoración debe de ser armoniosa y sencilla con color en tono pastel, con un buen sistema de iluminación para la lectura de documentos. La temperatura debe de oscilar entre los 20 y 25 grados y que haya una buena ventilación.

-En la sala de espera, debe de haber sillones o sillas para los pacientes y acompañantes que permanezcan a la espera. El color debe de ser en tonos claros, como cálidos o color pastel. También se puede poner música en un tono bajo para proporcionar tranquilidad al paciente y evitar que escuche el ruido de los diferentes instrumentos con los que trabaje el dentista.

-El gabinete dental, es la zona de trabajo del dentista y resto de personal, debe de tener barreras para conservar la privacidad de los pacientes, y estos pueden ser abiertos o semiabiertos. Debe ser ergonómico tanto el asiento para el dentista como el gabinete para el paciente.

Algunas de las funciones del técnico de enfermería e una clínica dental pueden ser las siguientes:

- Comprobar que todos los materiales estén adecuadamente limpios y ordenados.
- El correcto funcionamiento de todos los equipos.
- Garantizar la comodidad del paciente en todo momento.
- Asistir al dentista en las técnicas que este nos pida.
- Recibir y acompañar al paciente a la recepción de la clínica porque en algunos casos puede marearse.

5 Discusión-Conclusión

Una clínica dental, en resumen, se encarga de cuidar la salud bucodental de la población, mediante campañas también para adquirir unos buenos hábitos de salud e higiene bucodental en nuestras vidas diarias.

Para finalizar este capítulo de libro sobre la clínica dental, se debe de tener en cuenta que cuente con un buen equipo de profesionales que estén debidamente adecuados y formados para poder desempeñar o desenvolverse en cada una de sus funciones dentro del gremio que le corresponda.

Debe de haber un buen ambiente de trabajo entre los compañeros para que el trabajo en equipo sea mejor y de con resultados eficaces.

6 Bibliografía

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2023-05-23]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1024-9435.

Formato Documento Electrónico(ABNT)

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED, Ciudad de La Habana , v. 13, n. 6, dic. 2005 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. accedido en 23 mayo 2023.

Capítulo 153

EL ASEO DE LOS PACIENTES ENCAMADOS

REBECCA DÍAZ RIERA

1 Introducción

El aseo de los pacientes encamados es algo básico y fundamental para mantener el bienestar de los mismos.

Y es que lo importante es conseguir que dicho aseo sea el adecuado, ya que la finalidad es mantener el estado de la piel en excelentes condiciones. Además, con el aseo de los pacientes encamados se logra que mejore su estado de ánimo y se evita que se manifiesten nuevas patologías e infecciones que pueden aparecer debido a su estado.

Por tanto, la higiene de un paciente encamado va más allá de un sencillo aseo personal y se aplica como sistema de prevención. Y para ello se requiere que haya adecuadas prácticas de vida, dieta sana, ejercicio físico compatible con su situación, movilizaciones reiterativas y realizar posturas adecuadas.

Muchos de los pacientes son capaces de asearse de forma autónoma, aunque estén encamados, pero los que presentan dificultades, limitaciones, o son dependientes necesitan la asistencia de profesionales sanitarios que sean expertos en higiene y aseo de los pacientes encamados, y estos profesionales que se encargarán de esta importante misión son los TCAE.

Los TCAE, por tanto, tienen una función muy importante, pues el aseo es una actividad fundamental para el cuidado de los pacientes encamados, pero ellos poseen conocimientos y habilidades suficientes para realizar la tarea de una manera efectiva y segura.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia que tiene el aseo de los pacientes encamados.
- Explicar las funciones que realizan los TCAE y su labor de ayuda tan importante.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de bibliografía relacionada con el tema, en diversas bases de datos (revistamedica.com, bi2t.es, revistasanitariadeinvestigacion.com, googleacademico) utilizándose, además, descriptores concretos (“El aseo de los pacientes encamados”, “Higiene del paciente”, “Pacientes encamados y aseo”) aplicándose un filtro de idioma (trabajos en español) y abarcando el período de tiempo actual.

4 Resultados

Los resultados han demostrado que el aseo de los pacientes es algo sumamente necesario e importante, pues es una técnica que consiste en lograr el mantenimiento, en las mejores condiciones posibles, de la piel del paciente con el fin de conseguir su mayor bienestar y el mantenimiento de su salud en perfecto estado, lo que, incluso, podía permitirle conseguir una mayor autonomía.

En la actualidad, el incremento de la edad de la población ha supuesto que muchos de los pacientes tengan una edad avanzada, lo que supone también mayores problemas de piel, sobre todo en una situación de paciente encamado. Y es que la piel, como órgano más extenso del cuerpo, necesita que sea mantenida de la mejor manera posible, con lo que su aseo es vital para prevenir enfermedades y pueda seguir realizando su función protectora, de inmunidad y metabólica, en especial cuando los pacientes encamados ya tienen una determinada edad, porque la vejez supone un riesgo añadido para que la piel, que se vuelve más frágil y debilitada.

Por eso es necesario llevar a cabo una rutina de higiene para la piel para que esta pueda realizar todas las funciones correctamente. Y esa higiene es llevada a cabo por los TCAE.

Con el aseo realizado por el TCAE, se eliminará las sustancias adheridas a la piel del paciente, se eliminarán células muertas, se eliminará el sudor, se estimulará el movimiento de las articulaciones, se proporcionará bienestar y, además, permitirá observar la existencia de afecciones en la piel como, por ejemplo, úlceras, irritaciones, escaras o eczemas. (1)

El TCAE le explicará al paciente, en la medida de lo posible, el procedimiento a seguir para su higiene. Previamente se lavará las manos y se pondrán los guantes. En caso de habitación compartida, se procederá a bajar el toldo o a colocar un biombo para preservar todo lo posible la privacidad del paciente.

Tras esto procederá al aseo propiamente dicho, quitando el camisón del paciente y procurando tener cuidado con las vías que tuviera puestas, cubriéndoles con una sábana y teniendo colocado cerca el material que se vaya a utilizar (guantes, salvacamas, cuña, palangana con agua templada y esponjas, jabón, gasas, suero salino, crema hidratante, además de sábanas y camisón limpios, peine, colonia, carro de ropa sucia y bolsas de basura)

Con agua templada en la palangana, se comenzará por los ojos (caso de que haya secreciones se lavarán con suero empapado en una gasa, una para cada ojo) y siempre desde el lacrimal hacia el exterior. A continuación se limpiarán los oídos con gasas nuevas, sin usar jabón y sin introducir nada en su interior. Luego se lavará la cara, sin usar jabón tampoco, y se secará con una toalla, siempre dando pequeños toques)

A continuación se utilizará la esponja para asear el resto del cuerpo, comenzando por cuello, hombros, axilas, brazos, manos, tórax y abdomen, secando perfectamente.

Posteriormente se cambiará el agua de la palangana y se lavarán piernas y pies, secándolos correctamente.

Por último, se lavará la zona genital con agua y esponja nuevas, realizando de manera distinta para hombres y mujeres. (2)

Todo esto se realizará de la manera más correcta posible, respetando su intimidad, teniendo paciencia con ellos y fomentando la confianza entre los dos. (3)

5 Discusión-Conclusión

Saber cómo realizar el aseo de los pacientes encamados es vital para la salud, bienestar y calidad de vida de los mismos.

Y es que la higiene de este tipo de pacientes tiene como objetivo el que la piel y mucosas se conserven en buen estado para que se puedan evitar las infecciones hospitalarias, ya que mantener la higiene personal puede evitar que los pacientes encamados sean menos propensos a sufrir enfermedades, pues muchos de ellos sufren ya otro tipo de patologías que se podrían agravar sino tienen una buena higiene personal.

Como la mayoría de los pacientes encamados no pueden valerse por sí mismos y necesitan de ayuda profesional para realizar sus funciones básicas, el tener un

profesional sanitario que se encargue de su higiene, es algo sumamente importante, y son los TCAE los encargados de esa labor.

Los TCAE son de gran importancia para un paciente encamado, pues son ellos los que están en contacto directo con éstos en un momento de tanta intimidad, comportándose de manera correcta y respetuosa y ayudando en todo lo que sea necesario para ayudar a la salud y calidad de vida del paciente encamado.

6 Bibliografía

1. Olivar LG. Técnica del aseo que desarrolla el TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería) en el paciente dependiente hospitalizado. [Online].; 2023 [cited 2023 Mayo 13. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tecnica-del-aseo-que-desarrolla-el-tcae-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-el-paciente-dependiente-hospitalizado/>.
2. Verónica Bazaco Saz RSGJEMVTMMJLORPA. ASEO DE PACIENTES ENCAMADOS. [Online].; 2021 [cited 2023 Mayo 13. Available from: <https://revistamedica.com/realizacion-aseo-encamados/>.
3. S.L. Sa. Aseo del paciente encamado: guía completa. [Online].; 2020 [cited 2023 Mayo 13. Available from: <https://www.bi2t.es/aseo-del-paciente-encamado#:text=La%20cama%20debe%20estar%20frenada,y%20cuello%2C%20y%20luego%20secar.>

Capítulo 154

VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO PROFESIONAL

TATIANA TABOADA LLANEZA

BEGOÑA ARGÜELLES ALVAREZ

1 Introducción

Un caso de violencia de género se puede manifestar de varias maneras dentro del ámbito laboral. La violencia de género no es un tipo de violencia que solo se manifieste en el ámbito de la pareja como muchas veces se piensa. El gran inconveniente de este tipo de violencia en el ámbito laboral, es que en la mayoría de los casos es invisible, y por consiguiente, se denuncia en muy pocas ocasiones. Aparte de esto, en muchos casos, la violencia de género es normalizada y también aceptada tanto por la víctima como por el entorno. Por eso, es muy importante y necesario estar siempre alerta ante un posible caso de violencia de género para poder prestar ayuda.

En el ámbito laboral, los casos que se dan de violencia de género suelen ser más frecuentes hacia mujeres, pero también puede darse el caso de que la víctima sea un hombre.

Las manifestaciones más frecuentes que se dan de un caso de violencia de género son:

- Acoso sexual. El acoso sexual llega a englobar todas las conductas de índole sexual que se dan dentro del ámbito de dirección y/u organización de la empresa o derivadas de una relación de trabajo. Este tipo de acoso afecta de manera directa al empleo y condiciones de trabajo, llegando a provocar un ambiente de trabajo hostil e intimidatorio.

- Acoso por razón de sexo o acoso sexista. El acoso por razón de sexo o, también llamado, acoso sexista engloba las conductas que se promueven por el género de la persona. Este tipo de acoso suele presentarse en situaciones de embarazo o maternidad.

2 Objetivos

- Concienciar sobre la importancia de detectar y denunciar un caso de violencia de género en el ámbito laboral.
- Dar a conocer cómo actuar ante un caso de violencia de género.

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 en libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: “Scopus”, “Dialnet” y “Pubmed”. Seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Podemos encontrarnos varios indicadores de que estamos frente a un caso de violencia de género, y por ello, debemos prestar atención a ellos:

- 1) En el caso del acoso sexual podemos encontrarnos los siguientes indicadores:
 - Conductas verbales y no verbales: Realizar gestos obscenos, silbar a la otra persona, mirarla impudicamente, enviar cartas/notas/emails que contengan contenido sexual, hacer comentarios de carácter sexual totalmente fuera de lugar, dirigirse a la persona de manera obscena o denigrándola, difundir rumores sexuales de la otra persona, hacerle bromas de carácter sexual, decir comentarios acerca de la apariencia física o de la condición sexual de la otra persona.
 - Conductas de carácter físico: Pellizcos, realizar tocamientos no deseados por la otra persona, tocar intencional o accidentalmente los órganos sexuales de la otra persona, acercarse excesiva e innecesariamente, ...
- 2) En el caso del acoso por razón de sexo podemos encontrarnos los siguientes indicadores:

- Discriminación por el hecho de ser mujer y hombre, ridiculizar o despreciar las capacidades y/o habilidades de la otra persona por su sexo, repartir las tareas condicionadas por el sexo, no equiparar el trabajo o los logros de igual manera entre hombres y mujeres, ...
 - En caso de embarazo o maternidad, se suele manifestar denegando permisos a los que se tiene derecho, cambiar a un puesto de trabajo inferior a su capacidad, pedir la realización de tareas dentro de plazos irracionales, etc.
- Podemos encontrarnos un caso de violencia de género en cualquier ámbito laboral y en cualquier situación y condición, pero hay ciertos casos en los que hay más posibilidades de darse y por ello es importante que prestemos especial atención: mujeres solas que tienen responsabilidades familiares, mujeres que es la primera vez que trabajan, mujeres con un contrato de carácter eventual, mujeres inmigrantes, etc.

5 Discusión-Conclusión

Un caso de violencia de género puede sufrirlo cualquier persona y puede darse en cualquier ámbito laboral o situación laboral y es importante denunciarlo, pero igual de importante es prestar atención ante la posibilidad de que alguno de nuestros compañeros/as se encuentre siendo víctima de un caso de violencia de género en el trabajo, siendo así, debemos brindarle nuestro apoyo y ayuda y acompañarlo/a en el proceso, apoyándolo/a y alentándolo/a siempre para llevar este caso ante las autoridades pertinentes para que se tomen las medidas necesarias. El acoso sexual no puede estar normalizado de ninguna manera ni dentro del ámbito laboral ni de ningún otro ámbito.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/acoso-laboral-sector-sanitario/>.
2. <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales/violencia-en-el-trabajo>.
3. <https://revistamedica.com/acoso-laboral-ambito-sanitario-3/>.

Capítulo 155

LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CRÍTICOS EN UVI O UCI

MARIA BUSTELO LOBO

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de vigilancia intensiva (UVI), unidad de cuidados críticos (UCC), unidad de medicina intensiva (UMI) o unidad de terapia intensiva, son lugares acondicionados en el interior del medio hospitalario que aporta la medicina intensiva. Estos pacientes que ingresan en la unidad de cuidados intensivos son aquellas personas que cuentan con un problema de salud grave de forma que pone en riesgo o en peligro su salud por lo que necesitan estar monitorizando sus constantes vitales constantemente durante las 24 horas del día y otros controles de líquidos. Muchos ámbitos hospitalarios activaron las áreas de cuidados intensivos para algunas especialidades médicas.

Dependiendo del número de pacientes que permanezcan ingresados en estas unidades de cuidados intensivos, las unidades de cuidados intensivos están divididas en diferentes especialidades y pueden ser:

- Cuidados intensivos de cardiología o unidades coronarias.
- Unidad postoperatoria de cirugía cardíaca.
- Unidad de trasplante de órganos.
- Unidad de cuidados intensivos psiquiátricos.
- Cuidados posoperatorios, también conocido como las UCI polivalentes.

También hay unidades de cuidados intensivos pediátricas:

- Unidades de cuidados intensivos pediátricos.

- Unidades neonatales, donde los pacientes son recién nacidos que su edad abarca desde el día del nacimiento hasta el día 28 de edad que se llama periodo neonatal.

2 Objetivos

Exponer algunas de las funciones que el TCAE puede realizar en estas unidades de cuidados intensivos.

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, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Son metodologías que ponen énfasis en la articulación de las problemáticas que aparecen como aisladas en las comunidades, pero que tienen relaciones causales entre ellas.

4 Resultados

Las unidades de cuidados intensivos, están formadas por una gran plantilla de profesionales sanitarios.

El médico debe de llevar las unidades correspondientes que se le asignen con una serie de pacientes, con los conocimientos y habilidades para desempeñar las actividades correspondientes.

Por otro lado, está el personal profesional de enfermería, están formados y especializados para los cuidados especializados de cada paciente adaptándose a las necesidades de cada uno. También tienen un número de pacientes asignados y son los encargados de realizarles a los pacientes los cuidados necesarios que el médico le haya impuesto a cada paciente por lo que le servirá de guía al personal de enfermería para llevar a cabo los cuidados que se deben de brindar a cada paciente.

Alguno de los criterios de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos deben de ser:

- Que cuenten con un elevado nivel de cuidados necesarios.
- Que tengan esperanza de recuperación.

Para determinar el nivel o el grado de los cuidados necesarios de estas personas, primero debe de atender o brindar atención a los pacientes. También hay dos niveles de atención, el número 1 y número 2.

-El número 2: el paciente necesita ser observado de forma constante incluyendo el sistema orgánico, también necesita cuidados postoperatorios o el paciente que necesita cuidados mas exigentes.

-El número 3: paciente que necesita el asistimiento respiratorio avanzado o básico junto con el soporte a dos sistemas orgánicos. Necesita gran atención porque tiene riesgo de sufrir fallo multiorgánico.

Algunas de las funciones del TCAE en este área pueden ser:

- Control de líquidos y diuresis.
- Cambio de la ropa de cama.
- Administración de alimentación mediante bomba.
- Control de las constantes vitales.
- Reponer el material necesario y comprobar que todo esté debidamente desinfectado y colocado.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro o trabajo de investigación, se debe de tener en cuenta que se debe de tener extrema precaución con los cuidados de estos pacientes, puesto que es una instalación donde las personas cuentan con un estado de salud bastante grave en el que su vida corre peligro por lo que se debe de realizar los cuidados con extrema delicadez y precaución.

Estar en estas unidades de cuidados intensivos, el paciente está solo, aislado de sus familiares y rodeado de otros pacientes y del personal sanitario que en muchas ocasiones, el TCAE es nuestro acompañante durante nuestra estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online].

2005, vol.13, n.6 [citado 2023-05-24]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1024-9435.

Formato Documento Electrónico(ABNT)

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED, Ciudad de La Habana , v. 13, n. 6, dic. 2005 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. accedido en 24 mayo 2023.

Capítulo 156

EL SERVICIO DE QUIRÓFANO HOSPITALARIO Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SUSANA MARTINEZ GONZALEZ

1 Introducción

Se denomina quirófano al lugar acondicionado para realizar operaciones quirúrgicas en centros sanitarios o de atención médica. En este lugar también se pueden hacer otras actividades como de reanimación, anestesia y otras muchas más para la realización de la previa intervención quirúrgica.

El quirófano debe de tener una serie de características siguiendo un protocolo:

- Esta sala de operaciones debe de encontrarse en un sitio cerrado.
- Tiene que estar en una zona independiente del resto de instalaciones del medio hospitalario, pero cerca del servicio de urgencias, de las unidades de cuidados intensivos, salas de reanimación o de anestesia y banco de sangre, pero también del laboratorio clínico o biomédico y de la farmacia para tener acceso directo a estos en caso de urgencia.
- El tránsito de las personas por este lugar es restringida a no ser que vayan a participar en la intervención quirúrgica. Algunos profesionales sanitarios que participan en la operación van a ser: médicos, cirujanos, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, anestesistas, radiólogos, enfermera instrumentista, etc.
- La limpieza y desinfección de esta área debe ser sumamente estricta y al detalle porque no debe de existir ni la menor contaminación porque puede poner en riesgo la vida del paciente durante su intervención quirúrgica.

2 Objetivos

- Describir las diferentes áreas en las que se divide el servicio de quirófano.
- Indicar algunas de las funciones que puede realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en quirófano.

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, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Ahora, vamos a ver las diferentes áreas complementarias que conforman el servicio de cirugía.

- El área no restringida: el personal sanitario lleva puesta ropa cotidiana de andar por la calle y los equipos aún no han sido desinfectados. En esta área existe vigilancia que controla al personal sanitario que se adentra a este lugar.
- El área de transición: el personal sanitario está preparándose para entrar a las zonas restringidas y semi restringidas, aquí el personal sanitario se viste con los uniformes quirúrgicos que son unos pijamas verdes especiales solo para este lugar. También existe vigilancia en este lugar, por lo que se necesita una autorización o justificante de ingreso para poder entrar. Se encuentran los vestidores donde el personal sanitario viste el pijama quirúrgico. Está prohibido introducir comida o bebida. No puede entrar polvo o la menor sustancia contaminante en esta área.
- El área semi restringida: en este paso solo puede entrar el personal que vista el pijama verde quirúrgico. En los pasillos se encuentran los diversos almacenes con todos los tipos de materiales en su interior limpios, desinfectados, esterilizados y ordenados para utilizar los que sean necesarios en la intervención quirúrgica.
- En el área restringida: estas zonas son las más limpias del quirófano porque aquí es donde están las salas de operaciones, de cirugía mayor ambulatoria o salas de procedimientos menores. También están los esterilizadores rápidos donde se deposita el material después de la intervención. Solo pueden acceder las personas que participen en la operación y deben de vestir el uniforme adecuado.

Las funciones que el TCAE puede realizar en este servicio son las siguientes: toma de las constantes vitales, cambios de postura del paciente, asistir al médico en lo que este necesite, asegurarse de que el material esté correctamente colocado y ordenado.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro, se debe de tener en cuenta que el quirófano es un servicio disponible las 24 horas del día y los 365 días del año ante cualquier tipo de operación que, aunque no sea programada, pueda ser de urgencia debido a un problema de salud con el que cuente un paciente.

Estas operaciones quirúrgicas son de gran efectividad cuando el paciente presenta complicaciones que se deben solucionar para que la persona vuelva a estar sana y salva. En estas operaciones participa un gran grupo de profesionales sanitarios que están formados y especializados para realizar estas actividades.

Es importante el conocimiento y la correcta formación del TCAE respecto a sus funciones en el quirófano hospitalario.

6 Bibliografía

1. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1024-9435.
2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. accedido en 24 mayo 2023.

Capítulo 157

ATENCIÓN FARMACÉUTICA: EL MEJOR TRATAMIENTO PARA LA CELULITIS DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA

TAMAR BLANCA SERRANO

1 Introducción

La celulitis, término común de la lipodistrofia ginecoide, es una alteración inofensiva de la piel, provocando ondulaciones, protuberancias y hoyuelos que se contemplan casi siempre a simple vista, dando lugar a un importante problema estético.

Afecta al 80% aproximadamente de las mujeres después de la pubertad (1). Se tienen en cuenta los trastornos hormonales, la disfunción endotelial y las predisposiciones genéticas (2). La celulitis es una alteración morfológica del tejido tegumento (3)

La principal función del farmacéutico en la farmacia comunitaria es la dispensación, servicio cada vez más activo donde no sólo se dedica en la actualidad a cortar cupones precintos de los medicamentos que era la imagen del farmacéutico de la antigüedad. En la actualidad creamos protocolos de dispensación específico como el tema que nos ocupa, la celulitis. Concretamente centraremos nuestro protocolo de actuación frente a pacientes con celulitis.

La celulitis es la acumulación de grasa debajo de la piel, con forma de nódulos

apareciendo la piel de naranja. Existen diferentes grados de celulitis, siendo más o menos profunda e incluso dolorosa.

Las medidas de tejido adiposo visceral junto con indicadores de lipodistrofia son indicadores antropométricos (4) muy utilizados para calcular riesgos cardiovasculares. Se tienen en cuenta los trastornos hormonales, la disfunción endotelial y las predisposiciones genéticas (5).

Existen tratamientos convencionales, ya sea de tipo oral o uso tópico. Además, tratamientos novedosos para tratar la celulitis, se ha demostrado un efecto positivo en la estructura histológica de la hipodermis y por ello de su celulitis cuando se han sometido a sesiones de vibración (6) y a masajes linfáticos-anticelulíticos además la carboxiterapia (7) es una técnica eficaz concretamente para la región de los glúteos y los muslos.

La celulitis es un problema de salud, no es solo un tema estético. Desde la farmacia comunitaria podemos ayudar a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes con recomendaciones de todo tipo, para tratarla por fuera y por dentro para que mejore y el tratamiento sea eficaz.

PALABRAS CLAVE

Celulitis; protocolo normalizado de trabajo; atención farmacéutica; farmacia comunitaria

2 Objetivos

Realizar un Proyecto Normalizado de Trabajo para la recomendación y dispensación de productos más adecuados para la celulitis en farmacia comunitaria. Se consigue una venta activa y de elevada calidad ofreciendo el mejor servicio.

3 Metodología

Estudio descriptivo transversal. El ámbito de estudio se realizará en farmacias comunitarias de España que quieran participar a través del colegio de farmacéuticos de cada provincia. De esta manera se consigue una venta activa y de elevada calidad ofreciendo el mejor servicio.

Consejos para todos los tipos de celulitis:

- 1.-Dieta equilibrada, evitar las grasas en la dieta ayuda a mejorar la celulitis.
- 2.-Aumento consumo de líquidos, preferiblemente agua sin gas.

- 3.-Activa la circulación, piernas en alto y masajes linfáticos.
- 4.-Haz ejercicios habitualmente o simplemente camina una hora al día.

Además, se realizará al paciente un test sobre celulitis para saber qué tratamiento es el más adecuado según el tipo de celulitis que presenta el paciente.

Test:

- 1.- ¿Se ve a simple vista la celulitis? a) Sí b) No
2. Al presionar: a) Los dedos se quedan marcados b) Está dura c) Está blanda
3. La zona dónde hay celulitis: a) La piel es de naranja b) La piel está lisa c) La piel es de naranja y además presenta flacidez
4. Zonas donde hay celulitis son: a) Tobillos, rodillas o muslos b) Cara interna de rodillas o cara externa muslos c) Generalizado en: brazos, espalda, abdomen, glúteos, muslos...
5. Padece de: a) Problemas circulatorios b) Alteraciones de peso debido a cambios hormonales c) Alteraciones de peso debido a cambios de dieta

La respuesta del test nos determina el tipo de celulitis que el paciente presenta:

- Mayoría de las respuestas es A, presenta celulitis edematosa.
- Mayoría de las respuestas es B, presenta celulitis dura.
- Mayoría de las respuestas es C, presenta celulitis blanda.

Se recomendará al paciente diferentes tratamientos según el tipo de celulitis determinada por el test:

1.- Celulitis edematosa

Se observa piel de naranja y edemas, a cualquier edad, asociado a problemas cardiovasculares. Por lo que el tratamiento más adecuado requiere mejorar el sistema de drenaje y linfático.

Tratamiento vía oral:

Alcachofa, Cardo Mariano, Diente de León, Ruscus, etc.

Tratamiento vía tópica:

Gel anticelulítico.

2.- Celulitis dura

Se observa pellizcando y se asocia a factores hormonales, aparece en cara externa de los muslos e interna de las rodillas. Por lo que el tratamiento más adecuado es el que quema de los depósitos de grasa localizada y la activación de la eliminación de líquidos.

Tratamiento vía oral:

Ácido linolénico conjugado, Alcachofa, Cardo Mariano, Diente de León, etc.

Tratamiento vía tópica
Gel anticelulítico.

3.- Celulitis blanda

Se observa a simple viste la piel de naranja con flacidez, arañas vasculares, varices, hinchazón o retención de líquidos. Debido a cambios bruscos de peso. El tratamiento debe activar la eliminación de toxinas y la circulación.

Tratamiento vía oral:

Ruscus, Ortosifón, Vara de Oro, Centella Asiática, Gingko Biloba, etc.

Tratamiento vía tópica:

Ducha de contrastes (caliente/fría) y Crema Remodeladora, ya que lo interesante es drenar y reafirmar la zona.

4 Bibliografía

1.-Prevalence and factors associated with gynoid lipodystrophy in Brazilian adolescent girls: a cross-sectional study. Soares JLM, Rocha VA, Sanudo A, Miot HA, Bagatin E. *Int J Dermatol.* 2022 Jul;61(7):861-866. doi: 10.1111/ijd.16061. Epub 2022 Jan 26. PMID: 35080006

2.-Cellulite: a cosmetic or systemic issue? Contemporary views on the etiopathogenesis of cellulite. Tokarska K, Tokarski S, Woźniacka A, Sysa-Jędrzejowska A, Bogaczewicz J. *Postepy Dermatol Alergol.* 2018 Oct;35(5):442-446. doi: 10.5114/ada.2018.77235. Epub 2018 Jul 19. PMID: 30429699

3.- Infrared thermography as valuable tool for cellulite diagnosis. Lopes-Martins RAB, Barbaroto DP, Da Silva Barbosa E, Leonardo PS, Ruiz-Silva C, Arisawa EALS. *Lasers Med Sci.* 2022 Aug;37(6):2639-2644. doi: 10.1007/s10103-022-03530-2. Epub 2022 Mar 2. PMID: 35237888

4.-Body adiposity indicators and cardiometabolic risk: Cross-sectional analysis in participants from the PREDIMED-Plus trial. Konieczna J, Abete I, Galmés AM, Babio N, Colom A, Zulet MA, Estruch R, Vidal J, Toledo E, Díaz-López A, Fiol M, Casas R, Vera J, Buil-Cosiales P, Martín V, Goday A, Salas-Salvadó J, Martínez JA, Romaguera D; PREDIMED-Plus Investigators. *Clin Nutr.* 2019 Aug;38(4):1883-1891. doi: 10.1016/j.clnu.2018.07.005. Epub 2018 Jul 11. PMID: 30031660

5.-Cellulite: a cosmetic or systemic issue? Contemporary views on the etiopathogenesis of cellulite. Tokarska K, Tokarski S, Woźniacka A, Sysa-Jędrzejowska A,

Bogaczewicz J. *Postepy Dermatol Alergol.* 2018 Oct;35(5):442-446. doi: 10.5114/ada.2018.77235. Epub 2018 Jul 19. PMID: 30429699

6.- Effect of combined compression-vibration therapy using non-invasive Beautylizer Therapy Cosmospheres V on the subcutaneous tissue morphology in women with gynoide lipodystrophy (pilot study). Pervykh S, Bychkova N.J *Cosmet Dermatol.* 2022 Oct;21(10):4631-4636. doi: 10.1111/jocd.14874. Epub 2022 Mar 11. PMID: 35199449

7.-Effectiveness of carboxytherapy in the treatment of cellulite in healthy women: a pilot study. Pianez LR, Custódio FS, Guidi RM, de Freitas JN, Sant'Ana E. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2016 Aug 22;9:183-90. doi: 10.2147/CCID.S102503. eCollection 2016. PMID: 27578994

Capítulo 158

REDUCCIÓN DE LA RADIACIÓN Y EL TÉCNICO EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO

JARA CENDRERO SÁNCHEZ

ANTONIO MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

LAURA VEGA NOVILLO

SANDRA JIMENEZ COLLADO

MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Las pruebas diagnósticas de imagen médica digital se encuentran fuertemente implantadas dentro de la práctica habitual de todos los centros de atención especializada. No todas las pruebas de diagnóstico por imagen son iguales, parte de ellas requieren el uso de radiación ionizante para poder obtener las imágenes. Dentro del conjunto de tecnologías que requieren administrar al paciente radiación ionizante se encuentran:

- Tomografías Axiales computarizadas, también conocidas como TAC, TC o escáneres.
- Pruebas de radiología convencional o radiología digital (RX y DX) (conocidas vulgarmente como placas simples).

- Mamografías y Tomosíntesis (MG).
- Pruebas de imagen de radiología intervencionista.
- Algunas pruebas de cardiología.
- Pruebas de medicina nuclear en las que se administren radiofármacos (fármacos radioactivos) de la llamada medicina nuclear.

Como contraste, otras tecnologías de captura de imagen médica que no requieren la administración de radiación ionizante son:

- Resonancias Magnéticas (MR).
- Ecografías (US). Un efecto indeseable de la administración de radiación ionizante son las consecuencias perjudiciales para la salud que dicha radiación provoca, tanto a los pacientes como al personal involucrado en la realización de las pruebas.

Por ello, dentro de la práctica médica los profesionales sanitarios deben tener en cuenta este impacto a la hora de solicitar este tipo de pruebas. Por otro lado, el personal involucrado en la realización de las pruebas, debe tratar de minimizar la radiación utilizada en la captura de las imágenes.

Aplicando el principio ALARA: "As Low As Reasonably Achievable" ("tan bajo como sea razonablemente alcanzable"), primando siempre la necesidad médica y debiendo perseguirse las mejores prácticas en la ejecución de la captura de la imagen. En este contexto de captura de imagen médica, se centra una parte de la Directiva Europea 2013/59/EURATOM del Consejo de la Unión Europea. Dicha directiva, de obligado cumplimiento en todos los países miembros, desde febrero de 2018, se implanta para reforzar las medidas de control, seguimiento, información y evaluación de la radiación ionizante generada por diversas causas en la población europea, y en particular, la generada durante la práctica sanitaria, en la que nos centraremos.

Más concretamente, se profundizará en el requisito de la Directiva relativa a la obligación de la administración de efectuar el registro y seguimiento de la dosis acumulada administrada a cada paciente requerirá por parte de cada administración competente de la implantación de sistemas informáticos capaces de registrar esta información que se denominan de forma general Sistemas de Gestión de Dosis. Cada Comunidad Autónoma deberá implantar un sistema de gestión de

dosis en el cual se deberá registrar la información sobre la radiación empleada en cada una de las pruebas de imagen médica digital realizadas a cada paciente en esa comunidad.

En el ámbito de la práctica sanitaria, la Directiva incluye diversas consideraciones a tener en cuenta que, de forma agrupada, se concentran en los siguientes objetivos:

- Optimización de la dosis de radiación administrada por los profesionales en entorno sanitario a los pacientes como resultado de la captura de imagen médica diagnóstica (Siempre aplicando el principio ALARA y prevaleciendo el criterio médico a la hora de juzgar la necesidad de realizar la prueba diagnóstica).
- Registro y seguimiento controlado por parte de las autoridades sanitarias de la dosis acumulada administrada a cada paciente.
- Medidas de seguridad y control a realizar de la dosis recibida por los trabajadores que están en contacto con fuentes de radiación.
- Empoderar al paciente informándole de la dosis recibida. En los informes de pruebas de imagen los responsables de la confección de los informes deberán incluir la dosis de radiación administrada al paciente para la confección de dicho informe (por extensión: la radiación recibida en las pruebas informadas).
- Reforzar la necesidad de justificar la exposición a radiación por causas médicas.

De entre las consecuencias de la entrada en vigor de la Directiva, nos centraremos en la necesidad de cara a la administración de disponer de un registro centralizado y acumulado de la dosis que recibe cada paciente y en sus posibles beneficios, entre los que describiremos:

- Reducción de la dosis de radiación empleada en las exploraciones diagnósticas.
- Mejora en el seguimiento de las sobreexposiciones.
- Nuevas posibilidades de investigación.

Los Sistemas de Gestión de Dosis suelen proporcionar un conjunto de posibilidades de uso que deberían incluir:

- Integración automática con los equipos que capturan las imágenes médicas, con ello, de forma inmediata al registro de la imagen, se dispone de la información de la dosis administrada, sin suponer un trabajo adicional a los profesionales.

- Registro individualizado de la dosis de radiación ionizante administrada en todas y cada una de las pruebas diagnósticas de imagen realizadas, incorporando al sistema de gestión de dosis la información de dicha prueba, en aspectos como: paciente, fecha de la prueba, prueba concreta, centro, equipo, sala y personal que intervino en la realización de la prueba, etc.
- Permitir la explotación estadística flexible de los datos almacenados agrupándolos por múltiples criterios opcionales y seleccionables por el usuario a la hora de explotar los datos.
- Disponer de accesos restringidos a las distintas secciones de la aplicación para los grupos de usuarios autorizados (Radiofísicos, radiólogos, médicos nucleares, técnicos especialistas en radiodiagnóstico o medicina nuclear, responsables de centro y/o área sanitaria, administradores del sistema, personal administrativo, etc.).
- Proporcionar un sistema de alertas y notificaciones ante sobreexposiciones realizadas a pacientes.
- La posibilidad de consultar la información agregada de la dosis total recibida por un paciente a lo largo de su vida.

2 Objetivos

Analizar las posibilidades de la reducción de la dosis de radiación administrada en pruebas de diagnóstico por imagen mediante los Sistemas de Gestión de Dosis.

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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado documentos en formato papel y digital.

Palabras claves: reducción radiación, técnico en imagen y diagnóstico, ionizantes, radiología entre otros.

4 Resultados

Los Sistemas de Gestión de Dosis presentan un conjunto de usos que permitirán a los profesionales sanitarios mejorar en distintos frentes el empleo de la radiación ionizante en pruebas diagnósticas, así como las consecuencias de su utilización en la población.

El proceso de mejora continua y optimización de los niveles de radiación empleados: Una de las posibilidades que deben ofrecer estos Sistemas de Gestión de Dosis, es la explotación estadística de los datos. Dicha explotación debe permitir extraer datos agrupados por criterios como:

- Hospital en el que se realizó la prueba.
- Tipo de prueba. (TAC, RX, MG).
- Prueba concreta: (“TAC de Cráneo”, “RX de Tórax”, “Mamografía bilateral”, etc.
- Equipo en el que se realizó la prueba.
- Personal que realizó la prueba.
- Fecha de realización de la prueba.
- Cálculo de valores máximos, mínimos y promedios de dosis.

En base a esto se permitirá usos como poder utilizar estos análisis de los datos como base para la implantación de un proceso de mejora continua en el desempeño de los profesionales encargados de la realización de estas pruebas médicas. Con estos datos se podría revisar periódicamente el desempeño de cada unidad involucrada en la captura de imagen médica.

En cada revisión, se podría analizar aquellos aspectos en los que se haya detectado las mayores oportunidades de mejora tras el detallado estudio de los datos disponibles en el sistema. Algunos ejemplos de puntos a analizar y posibilidades de mejora detectables podrían ser:

- Protocolos/Pruebas en las que se hayan producido un mayor número de alertas por sobreexposición. (ocasiones en las que se supera un umbral máximo de dosis definido para cada prueba).
- Protocolos/Pruebas en las que se detecte mayor desviación respecto a la media de dosis utilizada para las mismas pruebas en el global del Servicio de Salud.

- Aquellas pruebas de entre las anteriores que se ejecuten con mayor frecuencia, efectuando con ello una ponderación de mayor sobreexposición poblacional total.
- Aquellas pruebas que supongan una mayor cantidad de dosis por paciente y en las que se genere una desviación significativa respecto de la media.
- Estudio del personal técnico o especialista que, en promedio, aplique mayor nivel de dosis en las pruebas que realiza.
- Análoga y complementariamente, se podría estudiar la forma de trabajo de aquellos profesionales que empleen en promedio la dosis más baja de entre un conjunto de profesionales del mismo servicio.
- Personal que con mayor frecuencia supera los umbrales máximos de dosis utilizada.
- Revisar aquellas pruebas que por su frecuencia de realización y/o mayor dosis por prueba, supongan un mayor impacto en la dosis aplicada a la población del área sanitaria.
- Protocolos/Pruebas a revisar comparándolos con los del servicio con que presente el valor de dosis mínimo en promedio.

De forma previa a cada reunión se prepararía inicialmente el listado de los datos detectados en el estudio y se vería el impacto en los pacientes.

Así, en cada reunión se tomaría cada uno de estos puntos de mejora seleccionados, procediéndose a un análisis detallado de cada uno con el objetivo de detectar las causas y proceder a plantear medidas correctivas que lleven a la mejora en la práctica habitual del servicio.

Se pueden enumerar algunas causas que podrían llegar a detectarse como origen de un peor desempeño en determinado tipo de pruebas:

- Equipamiento obsoleto. Pudiendo efectuarse la comparación con otros equipos del Servicio de Salud en busca de aquellos que proporcionen mejor utilización de la dosis de radiación.
- Deficiencias en la colocación del paciente en estudios de tomografía computarizada. El posicionamiento del paciente fuera del centro del equipo, genera un incremento significativo de la dosis de radiación empleada en la ejecución de la

prueba. Una leve desviación del paciente respecto al centro de la imagen en el equipo supone un incremento significativo en la dosis administrada al paciente.

- Excesiva densidad de imágenes en determinados estudios de tomografía computarizada.

La comparación de formas de trabajo y protocolos entre radiólogos de distintos centros puede resultar enriquecedor para los profesionales y resultar en una reducción en la dosis aplicada a los pacientes.

Se analizarían las causas, se dictarían las medidas correctivas que se determinasen y en posteriores reuniones se podría revisar los cambios en el desempeño del personal del servicio, con base en la consulta a través del Sistema de Gestión de Dosis de dosis administrada en la prueba o pruebas a mejorar, comparando los promedios de dosis empleados por el equipo antes y después de la fecha de aplicación de las medidas correctoras. El Sistema de gestión de Alertas por sobreexposición y seguimiento posterior que se realiza de forma habitual.

Otro sistema de alertas es la generación de alertas cada vez que se realiza una prueba en la que la dosis empleada supera unos determinados umbrales. La generación de estas alertas permitirá definir un sistema de revisión y seguimiento del caso que podría incluir como acciones potenciales, desde la revisión y justificación por parte del profesional realizador de los motivos que llevaron a esta sobreexposición, hasta la planificación de un seguimiento clínico de su futura evolución.

Cabe recordar que toda la información relativa a estas radiaciones quedará reflejada en la historia radiológica del paciente dentro del Sistema, pudiendo revisarse en cualquier momento y pudiendo realizarse esta revisión de la situación del paciente y su eventual planificación de un seguimiento específico, con posterioridad.

La optimización del uso de la radiación: Según los resultados publicados por algunas instituciones, principalmente en el ámbito privado, la implantación de un Sistema de Gestión de Dosis y su explotación en aras de la optimización de la dosis empleada en la práctica habitual de esos centros ha llegado a suponer reducciones de hasta un 30% en la dosis empleada en determinados protocolos diagnósticos, principalmente en determinadas pruebas realizadas con escáner, y pruebas de radiología intervencionista.

La realización de estudios poblacionales al disponer de un sistema informático

que de forma centralizada dispongan de la información de la dosis de radiación administrada a toda una población sin duda será disponer de una herramienta de investigación enormemente útil y con múltiples aplicaciones tanto de investigación poblacional como de cribado y estudio preventivo de posibles consecuencias sobre la salud que se determinen en el futuro.

El proyecto DOPOES permitió estimar la información necesaria para evaluar el impacto en el conjunto de la población de las dosis de radiación administradas durante la práctica médica radiodiagnóstica, lo cual, permite ponerla en contexto dentro del resto de fuentes de radiación naturales y artificiales a las que la población en su conjunto se encuentra expuesta, tal y como se resumen en la siguiente imagen.

Actualmente el proyecto DOPOES II está en fase de recopilación de datos de las distintas comunidades.), podrán hacer uso de los Sistemas de Gestión de Dosis de las diferentes comunidades autónomas, y reducir el trabajo necesario para su confección, aumentando además la precisión de los datos, al disponer de la totalidad de la actividad realizada, y no teniendo que basarse en proyecciones con base en el análisis de un porcentaje de los datos registrados.

5 Discusión-Conclusión

La Directiva Europea abarca muchos ámbitos de actuación, puesto que la radiación ionizante se encuentra a nuestro alrededor en múltiples formas que son analizadas y puestas en consideración en la normativa. Estas formas de radiación y su impacto abarcan desde la radiación generada por la corteza terrestre y determinados materiales en los que se concentra en radón, las radiaciones recibidas durante los viajes en avión, tanto por parte de los pasajeros como, especialmente, por la tripulación; las radiaciones recibidas por los trabajadores en contacto con fuentes de radiación ionizante, etc.

Todo ello además de las analizadas fruto de algunas pruebas médicas de diagnóstico por imagen. Todo paso en la reducción o el control de esta potencialmente peligrosa radiación, debe entenderse como un paso adelante en las garantías de seguridad y calidad de vida que se deben proteger y potenciar, por todos, dentro de nuestro ámbito de responsabilidad, y en particular, por parte de los profesionales en el ámbito sanitario.

Sin duda la consecuencia puntual de la entrada en vigor de la directiva consis-

tente en la implantación de los Sistemas de Registro y Gestión de Dosis, supondrá una herramienta de incuestionable valor para optimizar la utilización de la radiación en pruebas diagnósticas. El hecho de que esta información se incluya en los informes radiológicos supondrá además un ejercicio de transparencia de información y una posibilidad de empoderamiento de todos los pacientes, quienes podrán tomar consciencia del nivel de radiación que vayan acumulando a lo largo de su vida, y contribuirá a ampliar la información que la sociedad disponga sobre este aspecto de nuestra vida que nos rodea y a profundizar en los efectos de la misma.

Supondrá así mismo una herramienta de gran utilidad para optimizar las pautas de trabajo de los profesionales encargados de la realización de estas pruebas, así como de los investigadores en esta área de conocimiento.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas.
2. Directiva 2013/59/Euratom del Consejo de la Unión Europea, de 5 de diciembre de 2013.
3. ICRP128. Publicación número 128 de la International Commission on Radiological Protection. Comisión internacional de Protección Radiológica.
4. ICRP60. Publicación número 60 de la International Commission on Radiological Protection. Comisión internacional de Protección Radiológica.
5. Proyecto DOPOES. 30 septiembre 2014. Consejo de Seguridad Nuclear, Universidad de Málaga. Estimación de las dosis poblacionales derivadas de exploraciones de radiodiagnóstico en España

Capítulo 159

LOS CONTRASTES Y EL TÉCNICO EN RADIOLOGÍA

JARA CENDRERO SÁNCHEZ

ANTONIO MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

LAURA VEGA NOVILLO

SANDRA JIMENEZ COLLADO

MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ

MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Las sustancias que se introducen en el cuerpo son contrastes radiológicos, por diferentes vías, antes de realizar una prueba de imagen para el diagnóstico y que ayudan a diferenciar mejor las patologías que puedan existir en los diferentes órganos o tejidos del cuerpo. Pueden realizarse en diversos tipos de pruebas de imagen, tales como la tomografía computarizada, la resonancia magnética, la arteriografía, la radiografía o la ecografía.

Para la selección de estas sustancias, deben cumplir unas características:

- Debe ser farmacológicamente inerte y químicamente estable.
- Preferentemente, debe ser no iónico.

- Debe ser hidrosoluble y debe tener la misma osmolaridad que la sangre.
- No debe ser tóxico.
- No debe degradarse o metabolizarse, debiendo eliminarse lo más rápido posible.

Antes de realizar la prueba de imagen que corresponda, se debe indicar al paciente qué preparación es necesaria y cómo realizarla, ya que si se va a realizar una prueba con contraste yodado por vía intravascular, es necesario que el paciente acuda en ayunas.

También es importante conocer las alergias del paciente, ya que puede ser que no pueda ser utilizado algún tipo de medio de contraste. En este caso, deberá hacerse una valoración del riesgo-beneficio de la administración de dicho contraste.

Cabe dar mención a los pacientes diabéticos tratados con metformina y con insuficiencia renal, ya que debería interrumpirse el tratamiento previamente, pudiendo retomarse a las 48 horas.

2 Objetivos

Dar a conocer los tipos de contrastes radiológicos.

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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los contrastes pueden administrarse por diferentes vías:

- Oral: el bario suele administrarse unos 15 minutos antes del inicio de la prueba en una mezcla del polvo y agua.

- Rectal: se administra una mezcla de bario (polvo) y agua a través del recto en forma de enema.
- Intravenosa.
- Intraarterial.
- Intraarticular (para la artrografía): suele administrarse yodo.
- Intraluminal (para el estudio del aparato digestivo o intrauterino).
- Intrarraquídea (para la mielografía): se introduce un contraste iodado a través de una punción lumbar.

Existen varios tipos de contrastes radiológicos (negativos y positivos):

- Contrastes negativos: Estos absorben menos las radiaciones que los órganos, tejidos y fluidos corporales, por lo que los órganos se ven más opacos que las cavidades donde esté el medio de contraste.

Los principales utilizados son los gases como el oxígeno y el dióxido de carbono, el cual es muy bien tolerado por los pacientes, ya que no se absorbe (indicado en insuficiencias renales y alergia al yodo). Estos son solubles en sangre y se eliminan rápido.

Otros menos utilizados son el aire (administrado por vía rectal para estudios del colon) y bicarbonato sódico (administrado por vía oral, para visualizar estructuras entre el esófago y el duodeno).

- Contrastes positivos: Son sustancias más radiopacas que los órganos. Fluidos y tejidos, ya que absorben mayor cantidad de radiación.

Los principales son el bario y el yodo.

- Gadolinio: se utiliza fundamentalmente en estudios por resonancia magnética. Se administra por vía endovenosa y se elimina vía renal. Para utilizarse requiere la unión a un agente quelante, y puede llevar a reacciones tales como sensación de frío o calor, náuseas, cefalea, mareos o picazón.
- Contrastes baritados: el bario suele ser empleado en forma de polvo de sulfato de bario, que con agua forma una suspensión.

Su gran ventaja es que no es tóxico (ya que no se absorbe) y además, no produce

falsos positivos. Suele utilizarse para visualizar estructuras del tracto gastrointestinal, tanto superior (administrado por vía oral) como inferior (administrado por vía rectal), aunque está contraindicado en perforaciones u obstrucciones.

- Contrastes yodados: son los más utilizados, ya que tienen una alta densidad de contraste y muy baja toxicidad. Se dividen en varios grupos:
- Iónicos monoméricos: con alta osmolaridad.
- Iónicos diméricos: con baja osmolaridad.
- No iónicos monoméricos: con baja osmolaridad, pero más eficaces que los iónicos monoméricos.
- No iónicos diméricos: con isoosmolares. Estos son más eficaces y menos tóxicos a nivel renal, pero presentan mayor viscosidad que el resto.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, podemos ver que la utilización de los contrastes radiológicos es de gran utilidad a la hora del diagnóstico de diferentes tipos de patologías en todo tipo de órganos y tejidos.

De tal manera que no deberían resultar tóxicos para el paciente, pero pueden tener algunos efectos adversos tales como son el calor que se suele sentir y en los casos más moderados edemas o urticaria. Se trabaja para que los efectos más graves no se produzcan.

De esta forma el técnico en radiodiagnóstico debería ser capaz de reconocer estos efectos de los contrastes para llegar a tener la capacidad de reaccionar adecuadamente ante las reacciones.

Por ello, debe formarse en ello tanto a nivel técnico como a nivel humano para poder informar a los pacientes de los posibles efectos y que avisen de ello cuando se está realizando la prueba radiodiagnóstica.

6 Bibliografía

- 1.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000200001

2. <https://www.redalyc.org/pdf/3825/382538504008.pdf>

3. <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-contrastes-yodados-utilizacion-radiologia-S0033833814000927>

4. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000400019

Capítulo 160

LA DOCUMENTACIÓN UTILIZADA POR UN TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA

JARA CENDRERO SÁNCHEZ

ANTONIO MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

LAURA VEGA NOVILLO

SANDRA JIMENEZ COLLADO

MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ

MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Dentro del ámbito sanitario, se utilizan gran cantidad de documentos derivados de las actividades de cara al paciente como de las gestiones administrativas que se relacionen.

A este conjunto de documentos que se generan se le denomina documentación sanitaria. La documentación sanitaria, en base a su contenido, puede ser de dos tipos:

A) Documentación clínica: es la documentación sanitaria relacionada con la salud del paciente, es decir, aquella que se genera durante la asistencia que se le presta.

Dicha asistencia puede ser a nivel hospitalario o bien atención primaria.

B) Documentación no clínica: es aquella documentación relacionada con la gestión asistencial, administrativa o social relacionada con el paciente. Los distintos documentos se pueden agrupar en los siguientes tipos:

1. Documentos Intrahospitalarios, tales como: hoja de seguimiento, historia social, solicitud de pruebas complementarias, etc.
2. Documentos Extrahospitalarios, como pueden ser: solicitud de informes médicos, justificantes de visitas médicas, impresos para reclamaciones, etc.
3. Documentos Intercentros, como los impresos de derivación. Desde el punto de vista asistencial, la documentación sanitaria más importante es la historia clínica del paciente.

El objetivo de la historia clínica es la integración de la documentación clínica del paciente para facilitar su asistencia sanitaria. A continuación, vamos a enumerar el contenido mínimo que establece la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, de la Historia Clínica:

- Documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- Autorización de ingreso.
- Informe de urgencias.
- Exploración física.
- Evolución.
- Órdenes médicas.
- Hoja de interconsulta.
- Informe de exploraciones complementarias.
- Consentimiento informado.
- Informe de anestesia.
- Informe de quirófano.
- Informe de anatomía patológica.

- Evolución, planificación de cuidados de enfermería y aplicación terapéutica.
- Gráfico de constantes.
- Informe clínico de alta.

2 Objetivos

Conocer en profundidad el tipo de documentación sanitaria que maneja el Técnico Especialista en Radiología de cara al tratamiento de un paciente oncológico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas según los siguientes descriptores que a continuación enumeramos: Documentación Sanitaria, Informe, Historia Clínica, Asistencia Sanitaria y técnico en radiología.

4 Resultados

Como ya hemos visto, en lo relativo a la documentación sanitaria, las normas para su manejo se adecuan a la Ley 41/2002, donde cada centro tendrá sus protocolos propios.

Cuando un paciente es remitido al Servicio de Radioterapia Oncológica, se abrirá la historia clínica de radioterapia, donde los informes que se vayan generando serán incluidos en la historia clínica del paciente una vez haya concluido el tratamiento.

A continuación, vamos a detallar la documentación sanitaria incluida en la historia clínica de radioterapia:

A) Informes Clínicos: será un resumen de la exploración física, diagnóstico y los estudios realizados al paciente, así como el tratamiento que se le aplicará. También podrán aparecer datos como los antecedentes del paciente, estilo de vida, enfermedades, etc. El médico oncólogo responsable será el encargado de realizar dicho informe clínico.

B) Consentimiento Informado: el médico responsable informará al paciente el tipo de tratamiento que va a recibir y los posibles riesgos o efectos secundarios que se pudieran derivar y será firmado por ambas partes. En el caso de que el paciente no lo aceptará, se hará constar por escrito en la historia clínica.

C) Documentos Gráficos: se incluyen radiografías, resonancias, imágenes de TAC, estudios de PET, etc.

D) Estudio Dosimétrico: con este documento se inicia el proceso de planificación del tratamiento con radioterapia. Aparecerán los siguientes datos:

1. Datos del paciente.
2. Diagnóstico.
3. Finalidad del tratamiento.
4. Dosis prescrita.
5. Localización del volumen a tratar.
6. Órganos de riesgos y dosis máxima.
7. Documentos gráficos.
8. Parámetros físicos, tales como: haz de radiación, energía, campo, profundidad, distancia o ángulo de gantry y colimador.
9. Sistemas inmovilizadores del paciente.
10. Fecha, nombre el médico responsable y firma.

E) Realización de Estudios de Imágenes de Planificación: Para realizar el estudio dosimétrico son necesarias imágenes. Lo más frecuente, para realizar planificaciones en 3D es utilizar imágenes de TAC. Una vez registrada la solicitud del estudio dosimétrico, se le entrega al paciente una citación para realizar los estudios gráficos.

F) Informe Dosimétrico: está elaborado por el servicio de radiofísica.

En este documento aparecen los siguientes datos de planificación:

1. Fases del tratamiento.

2. Energía.
3. Dosis prescrita.
4. Número de sesiones.
5. Número de campos de tratamiento.
6. Giro de gantry y colimador.
7. Accesorios.
8. Unidades monitor de cada campo.
9. Distancia fuente-piel de cada campo.
10. Movimientos de la mesa de tratamiento.
11. Área anatómica a tratar.
12. Orientación de los haces de radiación.
13. Radiografías reconstruidas digitalmente (DRR), a partir de las imágenes de TAC de planificación.
14. Histogramas de dosis volumen.

G) Hoja de Tratamiento: aparecen los parámetros físicos y geométricos para poder llevar a cabo el tratamiento prescrito por el médico responsable. A grandes rasgos, vienen reflejados los mismos datos que en el informe dosimétrico.

H) Estudios Complementarios: en ocasiones, es necesario la realización de estudios complementarios dependiendo de la evolución de la enfermedad.

I) Informe de Enfermería: se incluye:

1. Informe de valoración de enfermería que se realiza al inicio del tratamiento. Vendrá reflejado el estado general del paciente y sus hábitos de vida.
2. Hoja de seguimiento durante el tratamiento.
3. Carta de cuidados de enfermería una vez el paciente recibe el alta.

J) Informe de Evaluación Final: Al finalizar el tratamiento, el médico responsable realizará un informe de evaluación final, donde vendrán reflejados los resultados

del tratamiento y un plan de seguimiento del paciente.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, hemos podido ver que cada centro hospitalario tiene sus protocolos propios para los procedimientos y actuación de cara al tratamiento de radioterapia.

De tal manera que todo proceso radioterápico necesita de una participación coordinada de diferentes áreas hospitalarias, como el servicio de oncología médica, el servicio de radio física, el servicio de enfermería junto al de radioterapia y radiología.

Por ello, todos los datos obtenidos en el proceso radioterápico serán recogidos en la historia clínica del paciente y quedará registrada en el servicio de radioterapia y radiología.

Para poder lograr que la documentación quede recogida en la historia clínica de acuerdo a la normativa. Se debe proporcionar al técnico en radiodiagnóstico una formación inicial a la llegada del centro sanitario y mientras se mantenga en el mismo ya que la forma de introducir los datos en la historia suele cambiar constantemente.

6 Bibliografía

1. Manual del Técnico Superior en Radioterapia Módulo 2. Editorial MAD (2012).
2. De las Heras González, M: Minimanuales prácticos: Oncología, Radioterapia. Editorial Arán (2008).
3. Abascal Altuzarra, M.L: Operaciones administrativas y documentación sanitaria. Algaida Editores S.A. (1999).
4. 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.
5. Real Decreto 1566/1998, de 17 de Julio, por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia. BOE nº 206, de 28 de agosto de 1998.

Capítulo 161

LA CITOLOGÍA GINECOLÓGICA Y EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLÓGICA

MARTA AGUIRRE MORENO

BEATRIZ RIGOTE MORENO

MARIA SANCHEZ-MONTAÑEZ BARBA

LUCÍA RIVERA ENDRINAL

GEMMA PALENCIA LÓPEZ

1 Introducción

La citología es un estudio de células individuales, cuyo propósito es identificar anomalías morfológicas de las células analizadas, resultantes de la exfoliación de la superficie epitelial, fluidos corporales u obtenidas por aspiración con aguja. La citología ginecológica examina las células cervicales exfoliadas y ha sido durante muchos años el principal método de detección del cáncer de cuello uterino, ampliamente reconocido en los programas de control y prevención del cáncer como una prueba para reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello uterino. Una prueba de Papanicolaou, también conocida como prueba de Papanicolaou, es una prueba que se realiza durante un examen ginecológico anual. Esta es una prueba que todas las mujeres deben pasar para detectar y prevenir enfermedades.

La citología es una prueba que se utiliza para diagnosticar lesiones precancerosas o cancerosas del cuello uterino e identificar infecciones que pueden ser causadas por bacterias, hongos o virus como el virus del papiloma humano (VPH), una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes. La citología es una prueba indolora y muy sencilla que dura 5 minutos y suele formar parte de un examen ginecológico. La citología ginecológica es una de las principales pruebas en la prevención del cáncer de cuello uterino porque permite detectar oportunamente anomalías del cuello uterino, diagnosticando así este tipo de cáncer en estadios tempranos.

2 Objetivos

- Exponer la importancia que tiene hoy en día, realizarse revisiones ginecológicas cada cierto tiempo.
- Explicar en que consiste el procedimiento que se lleva a cabo en el laboratorio de Anatomía Patológica, para llegar a tener el resultado de la citología ginecológica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente estudio, 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

Después de que se realiza la prueba de frotis cervical durante la consulta con el ginecólogo, se aplicará un fijador llamado Citospray en el portaobjetos de muestra. Esto es para mantener los detalles morfológicos de las células lo más cerca posible de las células del tejido vivo. Esta muestra debe estar correctamente identificada con los datos del paciente.

(nombre, número de historial...) entonces el formulario debe ser enviado a laboratorio de patología. El laboratorio prepara la muestra y realiza la tinción citológica, que incluye los siguientes pasos:

- El primer paso es registrar la muestra, marcarla con el número correspondiente y sumergirla varias veces en alcohol al 96% antes de teñirla. - Sumergir en alcohol 80%, alcohol 70%, alcohol 50% y agua por turnos durante 1 minuto por cada líquido. - Punto con solución de hematoxilina de Harris durante unos 5 minutos.
- Sumergir en agua 6 veces en 1 segundo. - Sumergir en solución de ácido clorhídrico al 0,5% 8 veces durante 1 segundo. - Enjuagar con agua corriente durante 5 minutos y someter la muestra a alcohol de los siguientes grados: 50%, 70%, 80% y 96% durante 30 segundos cada uno. - Aplicar la solución de Papanicolaou OG 6 durante 1-1,5 minutos. - Lave el exceso de tinte en dos baños con etanol al 96%, remoje la composición dos veces, cada vez durante 3-4 segundos.
- Puntear con Papanicolaou EA 50 durante 1,5-2 minutos. - Enjuague en 3 recipientes diferentes con etanol al 96% y remoje la preparación 2 veces en cada tanque durante unos 3-4 segundos. Enjuague en etanol absoluto durante 30 segundos. - Sumergir la preparación durante 4 minutos en un baño con xileno, una mezcla de isómeros y etanol absoluto (1:1). - Lavar con xileno, mezcla de isómeros, sumergir la preparación en el baño durante 3 minutos. - Montaje con medio de montaje. - Observación al microscopio

El resultado de la prueba de Papanicolaou mostrará uno de los siguientes resultados:

- Citología normal: las células analizadas son normales. No había signos de células atípicas. - ASCUS: existen células atípicas, pero no se ha determinado su significado. Te recomendamos completar la investigación y, si es necesario, aplicar el tratamiento, ya que estas células pueden ser secundarias a diferentes procesos. Esto sucede con afecciones infecciosas e inflamatorias del cuello uterino, virus del papiloma humano (VPH), lesiones precancerosas y más. Incluso si se resuelve solo o durante el tratamiento, se debe continuar con el control citológico. - CIN o displasia cervical: las células atípicas con lesiones precancerosas pueden ser de dos tipos:

Displasia CIN o LSIL de bajo grado: con menor riesgo de desarrollar cáncer de cérvix. Displasia CIN o HSIL de alto grado: existe un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de cuello uterino sigue siendo uno de los cánceres más comunes en las mujeres. Este estudio proporciona información importante para la toma de decisiones y la implementación de nuevas medidas o estrategias que se están desarrollando para reducir la mortalidad por este tipo de cáncer. Actualmente, la

tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino ha disminuido significativamente con el uso creciente de pruebas de citología cervical. Esta prueba puede detectar cambios en el cuello uterino antes de que se desarrolle el cáncer. También puede detectar el cáncer de cuello uterino en forma temprana cuando es pequeño y más fácil de tratar. En los últimos años, la prueba del VPH ha sido aprobada como otra prueba de detección del cáncer de cuello uterino, ya que casi todos los casos son causados por el VPH (virus del papiloma humano). La prueba de VPH está diseñada para detectar infecciones con tipos de VPH de alto riesgo que tienen más probabilidades de convertirse en cáncer y afecciones precancerosas de cuello uterino. La prueba de VPH se puede usar sola (prueba primaria de VPH) o junto con la prueba de Papanicolaou (prueba general).

6 Bibliografía

- Schulte, E. K. W. (1 de febrero de 1991). «Standardization of biological dyes and stains: pitfalls and possibilities». *Histochemistry* (en inglés) 95 (4): 319-328. ISSN 1432-119X. doi:10.1007/BF00266958.
- Gill, Gary W. (2013). Gill, Gary W., ed. *Cytopreparation: Principles & Practice. Essentials in Cytopathology* (en inglés). Springer. pp. 143-189. ISBN 978-1-4614-4933-1. doi:10.1007/978-1-4614-4933-1_10.
- Chantziantoniou, Nikolaos; Donnelly, Amber D.; Mukherjee, Maheswari; Boon, Mathilde E.; Austin, R. Marshall (2017). «Inception and Development of the Papanicolaou Stain Method». *Acta Cytologica* (en inglés) 61 (4-5): 266-280. ISSN 0001-5547. PMID 28384641. doi:10.1159/000457827.
- Kumar, Vinay, 1944-; Abbas, Abul K.; Aster, Jon C.; Robbins, Stanley L. (Stanley Leonard), 1915-2003. (2013). *Robbins basic pathology* (9th ed edición). Elsevier/Saunders. p. 910. ISBN 1-4377-1781-0. OCLC 759916378.
- Carleton, H. M. (Harry Montgomerie); Wallington, E. A. (1980). *Carleton's Histological technique*. (5th ed. edición). Oxford University Press. p. 520. ISBN 0-19-261310-3. OCLC 6194502.

Capítulo 162

RESPUESTA CELULAR A LA LESIÓN ÁMBITO DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

MARTA AGUIRRE MORENO

BEATRIZ RIGOTE MORENO

MARIA SANCHEZ-MONTAÑEZ BARBA

LUCÍA RIVERA ENDRINAL

GEMMA PALENCIA LÓPEZ

1 Introducción

El entorno celular está constantemente cambiando y como consecuencia las células deben realizar continuos ajustes para acomodarse a estos cambios. La célula tiene una gran capacidad de adaptación a su entorno y es capaz de responder a los cambios en los entornos internos y externos con alteraciones tanto estructurales como de la función celular. Por ejemplo, las células del tejido adiposo responden a un aumento de la ingesta aumentando su síntesis de almacenamiento graso, esto se refleja en un aumento de tamaño de los adipocitos debido a la presencia de triglicéridos en el citoplasma. Otro ejemplo fisiológico de adaptación celular se ve en el epitelio uterino, bajo la influencia de las hormonas, este epitelio experimenta cambios cíclicos durante el ciclo menstrual, los cuales afectan tanto a los cambios morfológicos como de la función.

Otros ejemplos de adaptación son:

Las fibras musculares esqueléticas incrementan su tamaño como respuesta al aumento del trabajo, como se ve en los atletas, este sería un ejemplo de HIPERTROFIA FISIOLÓGICA. De manera parecida las fibras del músculo cardíaco sufren una hipertrofia como respuesta al aumento del trabajo producido cuando el orificio de la válvula aórtica está estrechado como resultado de una enfermedad, este sería un ejemplo de HIPERTROFIA PATOLÓGICA.

Estos procesos de adaptación incluyen:

ACTIVIDAD CELULAR AUMENTADA

- 1- Aumento de la célula - hipertrofia
- 2- Aumento del número celular - hiperplasia
- 3- Inducción enzimática o metabólica

DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD CELULAR

- 1- Disminución del tamaño celular - Atrofia celular.
- 2- Disminución del número celular - Atrofia tisular o del órgano.
- 3- Disminución de la función metabólica celular.

CAMBIO EN LA MORFOLOGÍA Y LA FUNCIÓN DE LA CÉLULA MADURA

- 1- La modificación y transformación de una célula tipo sigue a los cambios del medio.

2 Objetivos

Exponer como se produce la respuesta celular a la lesión y cómo afecta a los cambios del medio.

Diferenciar entre estímulos fisiológicos y patológicos.

Exponer las diferentes respuestas de adaptación.

Definir el fracaso de la adaptación celular.

Diferenciar entre inflamación aguda y crónica, posibles secuelas.

3 Metodología

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

4 Resultados

FRACASO DE LA ADAPTACIÓN CELULAR

Las células que son intrínsecamente incapaces de adaptarse o que han alcanzado su límite de adaptabilidad empiezan a mostrar cambios estructurales que indican el fracaso para soportar los cambios del medio. Por ejemplo las células susceptibles que se han expuesto a hipoxia prolongada empiezan a mostrar cambios citoplasmáticos como una manifestación del fracaso de sus organelas. Otras células pueden responder a la hipoxia o a la acumulación de toxinas con un fallo en el metabolismo normal de los ácidos grasos.

Las células hepáticas, musculares cardíacas y las del epitelio tubular renal son muy sensibles a estos cambios.

Si las condiciones adversas persisten o el estímulo patógeno fue severo, estos procesos pueden progresar y desencadenar la muerte celular o necrosis celular. Una de las consecuencias más precoces es una pérdida de la eficacia en la bomba de sodio, lo que permite un ingreso de iones de sodio y agua produciendo tumefacción celular.

INFLAMACIÓN AGUDA Y SECUELAS

La serie inicial de procesos que sigue a la causa de la lesión tisular se describe como Inflamación Aguda y está dirigida a neutralizar los agentes lesionantes y a la restauración de la función tisular útil.

Los hechos característicos de la Inflamación aguda son la formación de exudado inflamatorio que tiene 3 componentes:

- FIBRINA.
- SUERO.
- LEUCOCITOS, ESPECIALMENTE NEUTROFILOS.

La función del exudado inflamatorio afecta a 3 fenómenos vasculares.

1. Dilatación de los vasos sanguíneos locales, lo que conduce a una congestión sanguínea, hiperhemia.
2. Incremento de la permeabilidad capilar, lo que permite a las proteínas plasmáticas pasar a los tejidos.
3. Migración de los leucocitos desde los vasos sanguíneos del área del tejido lesionado.

INFLAMACIÓN CRÓNICA.

En ciertas ocasiones el agente lesionantes persiste durante un período prolongado produciendo una destrucción tisular continua, mientras que al mismo tiempo el cuerpo está intentando tratar la lesión tisular previa con los procesos de inflamación aguda, organización y reparación, en tal caso el área lesionada

puede presentar, necrosis tisular exudado inflamatorio agudo y tejido cicatricial fibroso concurrentemente lo que se conoce como Inflamación Crónica.

5 Discusión-Conclusión

El resultado de la inflamación aguda depende de 3 factores principales:

- 1- El grado de la lesión.
- 2- La naturaleza del agente lesionado.
- 3- El tipo de tejido afectado.

Dependiendo del tipo de lesión tisular pueden existir también diversos grados de regeneración del tejido origina, lo que depende de la capacidad de las células del tejido maduro para sufrir división.

La neoplasia puede ser considerada como una respuesta de la mala adaptación a los estímulos anormales del medio, aunque en muchos casos los estímulos precisos no pueden ser identificados.

Ya que las inflamaciones crónicas son generalmente de duración considerable, las respuestas inmunológicas juegan un papel considerable.

Cuando la célula presenta una lesión irreversible se produce necrosis celular.

6 Bibliografía

*Base celular a la respuesta inmunológica. E. Golub.

*Revistasbolivianas.org.

*Histopatología Básica. P.R. Wheeler.

*Laboratorio de Anatomía Patológica. Raimundo García del Moral

Capítulo 163

ANATOMÍA PATOLOGICA ANTE UNA METÁSTASIS CARDÍACA

MARTA AGUIRRE MORENO

BEATRIZ RIGOTE MORENO

MARIA SANCHEZ-MONTAÑEZ BARBA

LUCÍA RIVERA ENDRINAL

GEMMA PALENCIA LÓPEZ

1 Introducción

Los tumores metastásicos cardíacos, también denominados secundarios, son hasta 40 veces más frecuentes que los tumores primarios, afectan al corazón y/o al pericardio y se asocian prácticamente en todos los casos a mal pronóstico, hallándose entre un 10-20% de las autopsias. Los carcinomas presentan mayor tendencia a metastatizar en el corazón que los sarcomas, siendo el carcinoma broncogénico, el carcinoma de mama y los carcinomas de mediastino, los tres más importantes. Sin embargo, son el mesotelioma y el melanoma, con un porcentaje mayor del 50% según algunas series, los tumores malignos primarios que destacan por su capacidad de provocar metástasis cardíaca (MC).

La clínica de las MC es altamente variable y depende en gran medida de su localización: en pericardio puede manifestarse en forma de pericarditis, pero sobre todo con derrame pericárdico hemático o taponamiento; en el miocardio suele provocar arritmias, e incluso cuadros de angina por compresión coronaria de la

MC, o más raramente por embolización tumoral en las arterias coronarias; y en la aurícula derecha se presentan clínicamente como insuficiencia cardíaca derecha. El diagnóstico de una metástasis cardíaca de un carcinoma de pulmón de célula no pequeña resulta poco frecuente, especialmente al presentarse clínicamente en forma de isquemia arterial aguda, como en el caso clínico que presentamos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Repasar los tumores cardíacos metastásicos.

Objetivos secundarios:

- Exponer su posible presentación clínica.
- Estudiar el diagnóstico y posible tratamiento de esta patología, si existe alguna alternativa terapéutica.

3 Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de 78 años, con antecedentes personales de no alergias medicamentosas conocidas, fumador actualmente de 6 cigarros/día, previamente 1,5 paquetes/año durante más de 45 años (Índice paquetes-año: 67), hipertenso, diabético, dislipémico, y con antecedente de adenocarcinoma de próstata Gleason 7 pT3a, tratado con prostatectomía más radioterapia adyuvante en 2019. Además, fue diagnosticado, por clínica de tos y hemoptisis junto con aparición brusca de dolor en articulación glenohumeral derecha, de carcinoma de pulmón de célula no pequeña estadio IV (cT4N3M1b), en ápex del lóbulo pulmonar superior derecho, con metástasis en segunda y tercera costilla derechas y metástasis en pulmón ipsilateral, además de adenopatía supraclavicular derecha, con biomarcadores negativos. Se decidió tratamiento paliativo con inmunoterapia mediante pembrolizumab 200 miligramos cada 3 semanas, con estabilidad radiográfica según última consulta Oncología en abril de 2021.

Este paciente, con dichos antecedentes, acude a urgencias de nuestro hospital, por dolor agudo en miembro inferior izquierdo con sensación de frialdad, y ausencia de pulsos en la exploración física. Ante la sospecha de isquemia arterial aguda, se realiza AngioTAC que confirma la presencia de una obstrucción en arteria femoral superficial, por lo que se traslada a quirófano para realizar una embolectomía mediante catéter Fogarty, extrayendo material embólico y material de una consistencia rara, que se envía a anatomía patológica. Posteriormente,

en la planta de hospitalización evoluciona de forma favorable, con electrocardiograma (ECG) en ritmo sinusal, por lo que con el fin de descartar fuente embolígena cardíaca, se completa el estudio del paciente mediante una ecocardiografía transtorácica (ETT) en la que se visualiza una masa móvil pediculada, con base anclada en cara inferolateral de ventrículo izquierdo, de 16 x19 milímetros.

Tras los hallazgos de la ETT, se realiza una resonancia magnética cardíaca, en la que también se visualiza la masa, no pudiendo distinguir si se trata de un trombo o de un trombo tumoral. Repasando las pruebas complementarias de imagen del paciente, el servicio de radiología objetiva que en un PET-TAC de hace 5 meses, realizado en el seguimiento oncológico del paciente, se visualizaba un foco hipermetabólico con una alta intensidad de captación localizado en la cara lateral del ventrículo izquierdo, llegando hasta el músculo papilar adyacente, no siendo compatible con una captación fisiológica miocárdica.

Por otra parte, la anatomía patológica del material enviado en la intervención quirúrgica de la isquemia arterial, informa de la presencia de células atípicas con un fondo fibrinoleucocitario con abundante celularidad maligna.

Por todo lo mencionado anteriormente, se diagnostica al paciente con un alto índice de probabilidad de metástasis cardíaca secundaria a carcinoma de pulmón, siendo posible confirmarse con exactitud mediante la biopsia de la masa cardíaca. Sin embargo, esa biopsia no iba a cambiar la actitud terapéutica, ya que en este paciente ya se había optado por un enfoque paliativo por el avanzado estado de su enfermedad oncológica primaria.

4 Discusión-Conclusión

Los tumores cardíacos son entidades poco frecuentes, que se diagnosticaban prácticamente en las autopsias, pero que actualmente gracias a la mejoría tecnológica de los métodos diagnósticos, cada vez se detectan con más frecuencia. Dentro de los tumores cardíacos, los más frecuentes son los denominados metastásicos o secundarios. En la mayoría de los casos su aparición representa un avance importante de la patología primaria, por lo que no existen muchas opciones terapéuticas curativas, aunque en algunos casos determinados la radio y/o la quimioterapia pueden ser posibles opciones. Por su parte, la cirugía tiene más carácter paliativo, mediante ventana pericárdica o pericardiocentesis, que de resección, siendo en estos casos cirugías muy agresivas y con alto riesgo quirúrgico.

5 Bibliografía

1. Eva Cabrera César, M. Carmen Fernández Aguirre y M. Victoria Hidalgo San-juan. Metástasis cardíacas de una neoplasia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2017; 53 (2): 80-81.
2. Shinichi Taguchi. Comprehensive review of the epidemiology and treatments for malignant adult cardiac tumors. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2018; 66 (5): 257-262.
3. Jennifer M Sarjeant, Jagdish Butany, Robert J Cusimano. Cancer of the heart: epidemiology and management of primary tumors and metastases. Asc Drugs 2003; 3 (6): 407-21.
4. Cipriano Abad. Tumores cardíacos (II). Rev Esp Cardiol. 1998; 51: 103-114

Capítulo 164

LA CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES SEGÚN LA CIE-10: CONCEPTOS Y APLICACIONES

RAFAEL MARCOS FUENTES FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) es un sistema de clasificación de enfermedades y otros problemas de salud desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es un sistema estandarizado que se utiliza en todo el mundo para la recopilación y el análisis de datos de salud, y para la identificación y la codificación de enfermedades y lesiones. La CIE-10 se utiliza para la gestión de la salud, la investigación y la estadística sanitaria, lo que la convierte en una herramienta esencial para la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública.

La CIE-10 se ha convertido en el sistema de clasificación de enfermedades más utilizado en todo el mundo y se ha traducido a muchos idiomas. Esta clasificación permite la comparación de los datos de salud a nivel internacional y ha sido adoptada por muchos países para la recopilación de estadísticas de salud. La CIE-10 también es un recurso valioso para la investigación médica, ya que permite la identificación y el seguimiento de patologías y enfermedades, así como el análisis de su evolución y su impacto.

La CIE-10 es un sistema jerarquizado que utiliza códigos alfanuméricos para clasificar las enfermedades y otros problemas de salud. Estos códigos permiten la identificación y el registro de la patología, lo que facilita la búsqueda y la recuperación

de información sobre una enfermedad o un problema de salud en particular. La CIE-10 también incluye una lista de códigos de procedimiento que se utilizan para identificar los tratamientos y procedimientos médicos.

Sin embargo, la implementación y uso de la CIE-10 también presentan desafíos y limitaciones. La precisión y validez de la codificación dependen de la experiencia y habilidades de los codificadores, lo que puede llevar a errores y falta de uniformidad. Además, algunos problemas de salud pueden ser difíciles de clasificar en la CIE-10 debido a la falta de categorías específicas o a la complejidad de los síntomas.

El objetivo de este capítulo es explorar los conceptos y aplicaciones de la CIE-10 como sistema de clasificación de enfermedades y otros problemas de salud. Se discutirán las fortalezas y debilidades del sistema, así como los desafíos y problemas que enfrenta su implementación y uso. Además, se presentarán ejemplos de la utilización de la CIE-10 en la investigación y la gestión de la salud, y se discutirán las perspectivas futuras de la clasificación de enfermedades en el ámbito de la salud pública.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es presentar la CIE-10 como un sistema de clasificación esencial para la gestión de la salud, la investigación y la estadística sanitaria. Además, se describirán los objetivos específicos a continuación:

- * Describir la estructura y organización de la CIE-10
- * Explicar la importancia de la CIE-10 en la gestión de la salud y la estadística sanitaria
- * Analizar las aplicaciones de la CIE-10 en la investigación médica y epidemiológica
- * Discutir las limitaciones y problemas de la CIE-10 y sus perspectivas de evolución y desarrollo futuro

3 Metodología

La metodología utilizada en este capítulo se basa en una revisión bibliográfica de la literatura científica y técnica sobre la CIE-10. Se han consultado diversas fuentes de información, incluyendo artículos científicos, informes técnicos, manuales de uso y normas y directrices de la OMS. La información se ha seleccionado

y analizado críticamente para proporcionar una visión completa y actualizada de la CIE-10, su estructura, aplicaciones y limitaciones.

4 Resultados

En la implementación y uso de la CIE-10 como sistema de clasificación de enfermedades y otros problemas de salud, se han obtenido varios resultados y aplicaciones en diferentes áreas de la salud pública. A continuación, se presentan algunos de estos resultados y aplicaciones.

En primer lugar, la CIE-10 ha permitido la comparación de datos de salud a nivel internacional. Los datos de salud se pueden recopilar y analizar en diferentes países, lo que permite una comparación de la incidencia y prevalencia de enfermedades y otros problemas de salud en diferentes regiones y poblaciones. Esto es especialmente útil para la investigación y la planificación de políticas de salud.

En segundo lugar, la CIE-10 ha mejorado la calidad de los datos de salud. La codificación sistemática de enfermedades y otros problemas de salud ha mejorado la calidad de los datos de salud recopilados. La codificación ha permitido la creación de bases de datos y sistemas de información de salud más precisos y completos, lo que facilita la identificación y el seguimiento de patologías y enfermedades en una población.

En tercer lugar, la CIE-10 se ha utilizado para la investigación en diferentes áreas de la salud. La clasificación de enfermedades y otros problemas de salud ha permitido la identificación y el seguimiento de patologías y enfermedades, así como el análisis de su evolución y su impacto en una población. Esto ha permitido la identificación de patrones de enfermedades y su relación con diferentes factores, como la edad, el género y la ubicación geográfica.

En cuarto lugar, la CIE-10 se ha utilizado en la gestión de la salud y la planificación de políticas de salud. La clasificación de enfermedades y otros problemas de salud permite la identificación de las necesidades de salud de una población y la planificación de intervenciones específicas. Por ejemplo, la CIE-10 se utiliza para identificar y priorizar las enfermedades crónicas que requieren una atención especializada en una población determinada.

Por último, la CIE-10 ha mejorado la calidad de los servicios de atención médica. La codificación de enfermedades y otros problemas de salud permite una comunicación más efectiva entre los profesionales de la salud, lo que mejora la calidad

de los servicios de atención médica. Los códigos también permiten la identificación de los tratamientos y procedimientos médicos específicos necesarios para abordar una patología en particular.

En conclusión, la implementación y uso de la CIE-10 como sistema de clasificación de enfermedades y otros problemas de salud ha generado una serie de resultados y aplicaciones en diferentes áreas de la salud pública. La CIE-10 ha mejorado la calidad de los datos de salud, permitido la comparación de datos de salud a nivel internacional, se ha utilizado en la investigación, en la gestión de la salud y la planificación de políticas de salud y ha mejorado la calidad de los servicios de atención médica. A pesar de los desafíos y limitaciones que presenta la CIE-10, su aplicación en la práctica clínica y en la salud pública sigue siendo esencial.

5 Discusión-Conclusión

La CIE-10 es una herramienta esencial para la gestión de la salud, la investigación médica y la estadística sanitaria en todo el mundo. Su estructura y organización permiten la clasificación y el registro de las enfermedades, trastornos y lesiones de manera uniforme, lo que facilita la comparación de los datos y la planificación de los servicios de salud a nivel internacional.

A pesar de las limitaciones y problemas de la CIE-10, es importante destacar que la clasificación de las enfermedades es una tarea compleja que requiere de la participación activa de la comunidad científica y médica en su constante actualización y mejora. La OMS ha comenzado a trabajar en la revisión y actualización de la CIE-10, con el objetivo de adaptarla a los nuevos avances en la medicina y la epidemiología, así como para mejorar su usabilidad y la precisión de los códigos.

En conclusión, la CIE-10 es un sistema de clasificación esencial para la gestión de la salud, la investigación y la estadística sanitaria en todo el mundo. A pesar de las limitaciones y problemas que presenta, su evolución y desarrollo futuro dependerán de la participación activa y comprometida de la comunidad científica y médica en su mejora continua.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (2016). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Recuperado de <https://www.who.int/classifications/icd/>

icdonlineversions/en/

2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2011). Guía para la codificación CIE-10-ES. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cie10/docs/GUIA_CIE10.pdf
3. Flick, U., & von Kardorff, E. (Eds.). (2015). *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*. Sage Publications.
4. Lee, D. H., & Park, J. H. (2017). The Validity and Reliability of Using ICD Codes for Identifying Acute Myocardial Infarction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One*, 12(9), e0186979.
5. World Health Organization. (2018). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision)*. Recuperado de <https://icd.who.int/en>

Capítulo 165

PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO

MARIA FELISA PADIAL SANCHEZ

NOELIA UÑA BRAVO

MARIA DEL CARMEN MORA NARANJO

MARIA JOSE MORALES MARTIN CONSUEGRA

M ANGELES GONZÁLEZ GARCÍA MINGUILLAN

1 Introducción

Se define la transfusión como la administración de sangre o cualquiera de sus derivados, con fines terapéuticos o profilácticos.

La medicina transfusional se instauró como práctica en etapas tempranas del siglo XX, tras el descubrimiento de los antígenos de los grupos sanguíneos y de los métodos para el tipaje y pareo entre donante y receptor. Más adelante, con el perfeccionamiento de los anticoagulantes fortificados, los cuales permiten mejorar el mantenimiento de los hematíes, como el citrato sódico, el sistema de bolsas de plástico biocompatibles, que permiten un almacenado seguro de la sangre donada, y de la expansión en el descubrimiento de pruebas para prevenir la transmisión de enfermedades por esta vía, los conceptos de tratamiento con componentes de la sangre fueron creciendo gradualmente. (1)

La legislación europea y española pretende que haya un seguro en el proceso de captación, recogida y mantenimiento de los productos derivados de la sangre, debido a que la transfusión sanguínea es una disciplina terapéutica muy compleja, que solo debe de realizarse tras una valoración clínica muy cuidadosa y por personal debidamente cualificado. De esta forma, se aseguran una correcta salubridad en la sangre que va a ser utilizada como método de curación. Por esta necesidad, se generan los bancos de sangre, estructuras encargadas tanto de seleccionar y recibir a los donantes como de procesar, almacenar y redistribuir los hemoderivados (2)

Hoy día en España, las actividades que se llevan a cabo en los bancos de sangre solamente pueden hacerse por entidades con fines sanitarios (públicas o privadas) y sin ánimo de lucro, siempre bajo la aprobación de una autoridad sanitaria competente. Esta obligación recae en las Comunidades Autónomas. Todos los centros autorizados conforman la Red Nacional de Centros y Servicios de Transfusión. Estos centros y servicios deben de actuar de forma solidaria, vinculados al cumplir la normativa y colaborar de forma mutua (2).

2 Objetivos

Mostrar que la transfusión es un tratamiento fundamental actualmente en medicina y tiene una serie de riesgos que todos los implicados en el proceso deben conocer.

Otro de los objetivos es mostrar la necesidad de que el personal implicado en el proceso de transfusión posea una formación adecuada para prevenir cualquier error.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Febrero de 2023 sobre la importancia de las pruebas transfusionales en el mundo de la medicina a día de hoy.

Para ello, en primer lugar, se realizó una búsqueda en la base de datos PubMed, con las palabras transfusión, blood transfusión. Se acotó la búsqueda con los filtros free full text y los resultados obtenidos en los últimos diez años, entre 2013 y 2023.

De la misma forma, se empleó la base de datos Cochrane, con las palabras transfusión, blood transfusion y acotado en el tiempo entre Enero de 2013 y Marzo de

2023.

En total se emplearon 13 artículos entre ambas bases de datos, tras descartar artículos duplicados o no relevantes.

4 Resultados

La terapia transfusional involucra el estudio y selección de componentes sanguíneos, y la posterior administración en pacientes que lo necesiten en forma vital, lo cual resulta en un producto transfundido con sobrevida aceptable, sin destrucción clínicamente significativa y que no afecte los glóbulos rojos propios del paciente. (8)

Se define la compatibilidad en transfusión como la falta de reacción inmune entre antígenos (Ag) y anticuerpos (Ac) de donante y receptor. La compatibilidad no garantiza identidad entre ambos, solamente indica que, en ese momento, no habrá disminución de rendimiento transfusional por causa inmune. (7)

Entre las medidas de seguridad transfusional están aquellas encaminadas a evitar la reacción hemolítica aguda. Estas incluyen diferentes estudios en el receptor, determinación de grupo y Rh, AI y en concreto, las denominadas Pruebas Cruzadas, que se llevan a cabo en determinados casos entre suero del receptor y células del donante (hematíes o plaquetas) e investigan la presencia de posibles Ac en suero mediante su reacción en diferentes medios físico-químicos. (7)

El primer paso previo a la realización de las pruebas pretransfusionales y no por ello menos importante es la recepción de la solicitud transfusional que acompaña a la muestra y debe incluir lo siguiente (7): a) Identificación del paciente: nombre completo, RUN, fecha de nacimiento, sexo, n° de ficha clínica. b) Diagnóstico del paciente. c) Fecha y hora de la solicitud/toma de muestra/ recepción UMT. d) Información del servicio que solicita: nombre del servicio, sala, cama. e) Nombre y domicilio del establecimiento. f) N° de unidades a transfundir. g) Indicación de la transfusión: electiva, no urgente, urgente, inmediata. h) Antecedentes transfusionales, gestacionales y de trasplante. i) Resultados de exámenes: hematocrito, hemoglobina, conteo de plaquetas, %TP, INR, TTPA j) Nombre, RUN y firma del médico solicitante. k) Clasificación ABO y RhD del paciente.

Los siguientes pasos se encaminan a la determinación de la compatibilidad de la sangre del donante y del receptor.

Si el paciente es estudiado por primera vez en el Banco de Sangre, en la muestra se determinará el grupo AB0 en prueba sérico/hemática, Rh y cribado de AI, que

determinan la presencia de anticuerpos frente a la mayoría de los Ag eritrocitarios diferentes del sistema AB0. (7)

Actualmente, la composición específica de los hematíes reactivos y las técnicas empleadas en la determinación de AI hacen que esta prueba sea muy segura. Cuando los AI son negativos, se tiene una alta fiabilidad de que el paciente no tiene Ac contra Ag eritrocitarios. La posibilidad de disponer de esa información antes de la transfusión hace que sea una determinación muy importante. En aquellos casos de presencia de AI, AI Positivos, es fundamental identificar el anticuerpo implicado. (7)

Las pruebas cruzadas, como una parte de las pruebas de compatibilidad, se definen como un procedimiento que se utiliza para excluir la incompatibilidad entre donante y receptor. Utiliza suero o plasma del paciente y GR de las unidades de sangre a transfundir a un paciente. Se realiza para asegurar que:

- No hay incompatibilidad ABO entre el paciente y los GR a transfundir.
- No hay otros anticuerpos irregulares que puedan causar una reacción transfusional hemolítica o un acortamiento de la vida media de las células transfundidas.

La prueba cruzada mayor consiste en investigar en el suero del receptor los posibles Ac frente a Ag tanto AB0 como el resto de Ag eritrocitarios de una unidad de CH. Para ello, se observa la aglutinación eritrocitaria en la mezcla in vitro de suero paciente y hematíes del donante. La mezcla se estudia en diferentes medios físico-químicos (incluida la fase antiglobulina) que, modificando las propiedades de suero y hematíes, favorecen la presencia de aglutinación. Cuando no hay aglutinación en ninguno de los medios estudiados, la PCM es negativa para esa unidad específica, hay compatibilidad entre receptor y donante y la unidad se puede administrar. (7)

La prueba cruzada mayor en medio salino determina la presencia de Ac, generalmente IgM, en el suero del paciente frente a los hematíes del CH. Comprueba la compatibilidad AB0, sin duda la más importante en la transfusión. (7)

En la transfusión de plaquetas se debe conservar identidad AB0. En caso de no poder conservarse, se pueden transfundir plaquetas con incompatibilidad mayor o celular (A, B o AB a receptores O, A o AB a receptores B o B o AB a receptores A) o con incompatibilidad menor o sérica (0 a receptores A, B o AB y A o B a receptores AB).

En la transfusión de plasma no se llevan a cabo es muy importante tener en cuenta la compatibilidad AB0. Con respecto a los posibles AI, estos son realizados en las donaciones y son habitualmente negativos. En principio debe ser AB0 idéntico con el receptor, pero si esto no es posible, se tendrá en cuenta (7):

1. Receptores 0: pueden recibir plasma de cualquier grupo.

2. Receptores A o B: deben recibir plasma de su grupo o, caso de no ser posible, la primera elección es AB. Si no, la siguiente opción será A para grupos B o AB y B para Grupos A o AB. El plasma 0 será la última opción

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad una transfusión sanguínea supone una parte esencial en la atención médica al paciente que posee deficiencia de algunos de los componentes sanguíneos ya sea porque se encuentra en un proceso crónico o porque sufre una pérdida sanguínea específica. La transfusión proporciona una mejora inmediata, ya que aporta oxígeno a los tejidos. Estos beneficios se han demostrado ampliamente a lo largo del tiempo.

Por otro lado, la transfusión implica riesgos en sí misma, por lo que es fundamental que los profesionales implicados, incluidos los técnicos de laboratorio, tengan una formación adecuada y sean conscientes de la necesidad de cumplir con todos los protocolos y la legislación que se encuentra en vigencia para asegurar que el proceso se realiza de forma correcta y no conlleva ningún riesgo para el paciente.

6 Bibliografía

1. Hillman, R. S., Kenneth, A. A. y Rinder, H. M. (2006). Hematología en la práctica clínica. México. McGraw Hill.
2. García, B., Rubio, F. y Crespo, M. R. (2018). Técnicas de análisis hematológico. Madrid, España. Paraninfo.
3. Lawrence Tim Goodnough, M.D., Aryeh Shander, M.D. Patient blood management. *Anesthesiology*, V 116 No 6 (2012): 1367-1376
4. O. Garraud, T. Vuk, M. Lozano, J.-D. Tissot. Transfusion medicine: Overtime paradigm changes and emerging paradoxes. *Transfusion Clinique et Biologique* 27 (2020) 262–267
5. Klein et al. Transfusion guidelines: mind the gap. *Anaesthesia* 2016, 71, 743-763
6. France Pirenne and Karina Yazdanbakhsh. How I safely transfuse patients with sickle-cell disease and manage delayed hemolytic transfusion reactions. *Blood* 21 JUNE 2018 | VOLUME 131, NUMBER 25. 2773-2781
7. L. Barbolla. E. Contreras. Capítulo 4: PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES: COMPATIBILIDAD EN TRANSFUSIÓN.
8. Andrés Aburto Almonacid. Documentos técnicos para el laboratorio clínico.

Recomendaciones para la realización de las pruebas cruzadas en medicina transfusional. 1 de Abril de 2016

9. Ruth Bonilla-Zavala. Pruebas pretransfusionales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005; 43 (Supl 1): 13-15

10. Pilar Ortiz, Alfred Mingo, Miguel Lozano, Miguel Ángel Vesga, Joan Ramon Grifols, Azucena Castrillo, Manuel Algora, Íñigo Romón y José Manuel Cárdenas. Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(10):389-96

11. Técnicos Especialistas en Laboratorio. Temario Específico: Volumen II. Tema 41. Banco de sangre: Grupos sanguíneos. Técnicas e interpretación. Test de Coombs. ISBN 978-84-8061-689-8

12. Josiane Garcia, Sheila Soares Silva, Joilson Meneguci, Helio Moraes-Souza. Profile of hemotherapy care and the safety of the transfusion process. *Rev Assoc Med Bras* 2022;68(6): 770-774

13. Jeremy Ryan Andrew Peña and Walter “Sunny” Dzik. Utilization Management in the Blood Transfusion Service. *Clin Chim Acta*. 2014 January 1; 427: 178–182. doi:10.1016/j.cca.2013.09.030.

Capítulo 166

IMPORTANCIA DE LA IMPLANTACIÓN DE LA CITOMETRÍA DE FLUJO EN EL LABORATORIO CLÍNICO

MARIA FELISA PADIAL SANCHEZ

NOELIA UÑA BRAVO

MARIA DEL CARMEN MORA NARANJO

MARIA JOSE MORALES MARTIN CONSUEGRA

M ANGELES GONZÁLEZ GARCÍA MINGUILLAN

1 Introducción

La citometría de Flujo es una técnica de multi-análisis celular que discrimina las diferentes poblaciones celulares presentes en un fluido (sangre) por el tamaño y complejidad celular y además marcando cualquier estructura presente en la superficie celular y/o intracelular con anticuerpos monoclonales o sondas de ADN fluorescentes, así no solo identifica y cuantifica las poblaciones celulares, sino también, observa muchas características funcionales de las células tales como activación, producción de citoquinas (y otras proteínas), apoptosis, contenido de calcio y ADN intracelular, producción de radicales tóxicos y algo interesante y novedoso: identificación intracelular de virus y parásitos. (1)

La Citometría de Flujo es un método rápido cualitativo y cuantitativo de análisis de células, núcleos, cromosomas, mitocondrias u otras partículas en suspensión. Permite medir información precisa de cada célula en particular y luego identificar distintas poblaciones celulares en mezclas complejas, diferenciándolas según: tamaño, complejidad citoplasmática y composición antigénica y bioquímica con un alto grado de especificidad, incluso cuando están escasamente representadas. (2)

La Citometría de Flujo se introdujo en el laboratorio de análisis clínicos a principios de los años noventa, para el análisis de poblaciones linfocitarias en casos de pacientes infectados por el virus de VIH. Al ir descubriendo los mecanismos de esta patología se determinó que la cuantificación en sangre periférica de los linfocitos T Helper (CD3+CD4+) y los linfocitos T Citotóxicos (CD3+ CD8+), aporta un valor pronóstico y diagnóstico para el paciente. Estas mediciones son muy importantes para el médico, ya que los valores obtenidos influyen directamente en la elección del tratamiento para estos pacientes. (2)

2 Objetivos

Mostrar el avance que ha supuesto para la Biología Celular la implantación de la citometría de flujo en el laboratorio de diagnóstico clínico así como las diferentes aplicaciones que esta técnica tiene actualmente.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Marzo de 2023 sobre la importancia de la Citometría de Flujo como prueba diagnóstica en el laboratorio clínico.

Para ello, en primer lugar, se realizó una búsqueda en la base de datos PubMed, con las palabras Citometría de Flujo, Flow Cytometry. Se acotó la búsqueda con los filtros free full text y los resultados obtenidos en los últimos diez años, entre 2013 y 2023. De la misma forma, se empleó la base de datos Cochrane, con las palabras Citometría de Flujo, Flow Cytometry y acotado en el tiempo entre Enero de 2013 y Marzo de 2023.

En total se emplearon 6 artículos entre ambas bases de datos, tras descartar artículos duplicados o no relevantes.

4 Resultados

La Citometría de Flujo es una técnica sencilla que se aplica en la rutina diaria de muchos laboratorios clínicos y de investigación, capaz de proporcionar resultados de forma rápida que pueden ser aplicables al diagnóstico. Gracias a su gran especificidad es capaz de distinguir y detectar en una población celular en una muestra en la que predominan otras poblaciones celulares mayoritarias. Pero la principal característica de la citometría de flujo es que puede ofrecer información simultánea de varios parámetros de cada una de las células analizadas y la relación entre los parámetros de una célula y los de otra célula también analizada. (1)

En el momento de realizar las mediciones en el citómetro de flujo, las células pueden estar vivas o fijadas, pero obligadamente en suspensión celular y en forma de célula única. Al obligarlas a pasar alineadas una a una frente a un haz láser mediante un flujo continuo, cada célula, a la vez que dispersa la luz, emite luz fluorescente como consecuencia de la excitación láser a la que es sometida. Los parámetros que típicamente se miden de forma simultánea por cada célula son (1):

1. Dispersión frontal de la luz a 2° (forward scatter), valor proporcional al tamaño celular
2. Dispersión de la luz ortogonal (side scatter), proporcional a la cantidad de estructuras granulares o complejidad de la célula.
3. Intensidades de fluorescencia a diferentes longitudes de onda.

Con la citometría de flujo básicamente podemos obtener los siguientes datos:

- Tamaño de la célula
- Complejidad de la membrana celular
- Con el uso de fluorocromos se puede detectar hasta 3 colores con un mismo láser.

La citometría de flujo dispone de una gran cantidad de técnicas y aplicaciones que son adecuadas para múltiples campos de estudio.

En inmunología, el inmunofenotipado es la aplicación más utilizada en la citometría de flujo. Utiliza la capacidad única de la citometría de flujo para analizar simultáneamente poblaciones mixtas de células para múltiples parámetros. En su forma más simple, un experimento de inmunofenotipado consiste en teñir las células con anticuerpos conjugados con fluorocromos dirigidos contra antígenos de la superficie celular. Los Talleres de Diferenciación de Leucocitos Humanos

asignan a la mayoría de estos antígenos números de "grupo de diferenciación" o números CD, de modo que se utiliza una nomenclatura común para definir los anticuerpos monoclonales dirigidos contra antígenos celulares específicos. (3)

Mediante la Citometría de Flujo se pueden determinar deficiencias predominantes de anticuerpos y fallas de activaciones celulares que permiten realizar el diagnóstico y seguimiento de inmunodeficiencias primarias, como la Inmunodeficiencia Combinada Severa con ausencia de Linfocitos T maduros, Síndrome de Hiper-IgM, donde por falla del CD40 ligando no se realiza el swich isotípico, defectos de la función de fagocitos como en la Enfermedad Granulomatosa Crónica o la Detección de Defectos de las Vías de Activación de Apoptosis en Linfocitos. También, permite el seguimiento de pacientes inmunosuprimidos post-transplante y la fácil determinación de HLA-B27 que se asocia estadísticamente al aumento de susceptibilidad a espondiloartropatías seronegativas.(2)

También en inmunología, las respuestas específicas de antígeno se pueden medir estimulando las células con un antígeno específico y luego buscando la producción, proliferación, activación, memoria o reconocimiento de antígeno de citoquinas a través de multímeros de MHC. Los multímeros MHC son monómeros MHC (MHC-I o MHC-II) que normalmente se biotinilan y luego se unen a un esqueleto de estreptavidina fluorescente en grupos de 4 (tetrámero), 5 (pentámero) o 10 (dextrámero). Estos multímeros MHC se "cargan" con el antígeno de elección y luego se usan para unirse a las células T que reconocen el antígeno, lo que indica el nivel de respuesta a un antígeno específico. Esta aplicación se usa comúnmente en estudios de vacunas. (3)

En hematología las leucemias y los linfomas constituyen un grupo muy heterogéneo de enfermedades caracterizadas por una expansión clonal de las células hematopoyéticas en el momento de su maduración normal, afectando cualquiera de los tipos celulares presentes en médula ósea, ganglio o bazo. La identificación del tipo celular involucrado resulta crucial tanto para la patogénesis de estos tumores como para evaluar el pronóstico y decidir el correcto tratamiento de cada uno de ellos. Para realizar el diagnóstico de estas patologías se debe analizar en forma conjunta el estado clínico del paciente, la morfología celular, la expresión de enzimas específicas de linajes y el análisis por Citometría de Flujo de distintos paneles de anticuerpos monoclonales. Estos últimos, no solo definen los linajes involucrados, sino que permite realizar la subclasificación celular según la expresión de antígenos de diferenciación (CDs) presentes en la membrana celular y en el citoplasma. La utilización de la técnica de Citometría de Flujo colabora, además, en la toma de decisión sobre la terapéutica a seguir y permite realizar el seguimiento posterior del paciente. (2)

En la actualidad se está usando la citometría de flujo para nuevas aplicaciones como es el caso de Multiplexing mediante Citometric Bead Array que permite detectar y cuantificar en una misma muestra varios tipos de analitos solubles por Citometría de Flujo en una sola marcación. Además esta metodología permite detectar y cuantificar simultáneamente múltiples antígenos y anticuerpos solubles, con lo cual abre las puertas a toda una nueva gama de mediciones para la Citometría de Flujo.(2)

También se aplica en el Sorting, ya que la citometría de flujo permite realizar una separación física de las células de interés, una vez que han sido identificadas por sus marcadores específicos. Esto permite recolectar en un tubo individual células de una misma característica, ya sea para realizar cultivos, estudios funcionales (Quimerismo post-transplante) o enriquecer la muestra para poder realizar otras técnicas como PCR, FISH, etc.

5 Discusión-Conclusión

La Citometría de Flujo es una técnica que se ha introducido en la mayoría de los laboratorios de análisis clínicos en la actualidad, tanto en laboratorios de mayor tamaño como en laboratorios de menor tamaño, que seguirá creciendo y que es y será fundamental tanto en la investigación clínica como en la básica.

Por otra parte, no hay que olvidar que esta técnica que crece y mejora continuamente necesita del aprendizaje, capacitación e implicación del personal que trabaja en el laboratorio, incluyendo a los técnicos de laboratorio, para dar una total garantía a los resultados obtenidos en la citometría de flujo.

6 Bibliografía

1. Técnicos Especialistas en Laboratorio. Temario Específico: Volumen II. Tema 32. Citometría de Flujo: principios, componentes y aplicaciones en el laboratorio clínico. ISBN 978-84-8061-689-8
2. María Inés Goldaracena. Citometría de Flujo en el laboratorio clínico. Revista Bioanálisis. Febrero 2008. <http://www.revistabioanalisis.com/images/flippingbook/Rev19%20n/Nota1.pdf>
3. Katherine M. McKinnon. Flow Cytometry: An Overview. Curr Protoc Immunol. ;120: 5.1.1–5.1.11. doi:10.1002/cpim.40
4. Macey Mg. Flow Cytometry: Principles and Applications. Humana Press Incorporated, Totowa 2007.

5. Fleisher TA, de Oliveira JB. Flow Cytometry. En: Rich RR edt. Clinical Immunology. Principles and practice. 3rd edition. Mosby Elsevier. 2008;1435-1446.
6. Fletcher KJMM. Quantitative flow cytometry in the clinical laboratory. Clin Appl Immunol Rev 2005;5:353-372.

Capítulo 167

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y SU ABORDAJE EN EL LABORATORIO CLÍNICO

MARIA FELISA PADIAL SANCHEZ

NOELIA UÑA BRAVO

MARIA DEL CARMEN MORA NARANJO

MARIA JOSE MORALES MARTIN CONSUEGRA

M ANGELES GONZÁLEZ GARCÍA MINGUILLAN

1 Introducción

Se define Autoinmunidad como “el sistema de respuestas inmunitarias de un organismo contra sus propias células y tejidos sanos. Cualquier enfermedad que resulte de una respuesta inmune tan aberrante se denomina ”enfermedad autoinmune”.

La autoinmunidad es una condición de respuesta inmunológica anómala frente a uno o varios antígenos propios. Se caracteriza por una pérdida de tolerancia inmune. Una respuesta autoinmune persistente desencadena una lesión tisular y alteración de la homeostasis que da lugar a la enfermedad autoinmune. Mientras la autoinmunidad es un fenómeno fisiológico, la enfermedad autoinmune es un síndrome clínico, caracterizado por la activación de las células de T o de las células de B, o ambas, que conducen a daño tisular (patología). (1)

Por otra parte, las enfermedades autoinmunes sistémicas son un grupo de patologías de gran importancia para numerosos especialistas, por sus manifestaciones clínicas y sus complicaciones durante la evolución de la enfermedad, y que en ocasiones plantean dificultad diagnóstica y terapéutica. (1) En la última década, ha habido avances significativos en el diagnóstico y la clasificación de enfermedades, así como mejoras en el pronóstico, logrados tanto a través del desarrollo de tecnologías novedosas en inmunología molecular como de sofisticadas pruebas de laboratorio clínico basadas en evidencia. (6)

2 Objetivos

El diagnóstico de las enfermedades autoinmunes depende tanto de la clínica del paciente como de los resultados analíticos. De modo que es necesario destacar que resultan fundamentales en el diagnóstico y seguimiento de dichas enfermedades los exámenes de laboratorio, ya que ayudaran al especialista a realizar un primer diagnóstico además de ser primordiales en el seguimiento posterior.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Marzo de 2023 sobre enfermedades autoinmunes sistémicas y su abordaje en el laboratorio clínico.

Para ello, en primer lugar, se realizó una búsqueda en la base de datos PubMed, con las palabras Immunology, Autoimmune Disease, Laboratory and Autoimmune Disease. Se acotó la búsqueda con los filtros free full text y los resultados obtenidos entre 2009 y 2023. De la misma forma, se empleó la base de datos Cochrane, con las palabras Immunology, Autoimmune Disease, Laboratory and Autoimmune Disease y acotado en el tiempo entre Enero de 2009 y Marzo de 2023.

En total se emplearon 9 artículos entre ambas bases de datos, tras descartar artículos duplicados o no relevantes.

4 Resultados

Las enfermedades autoinmunes sistémicas se caracterizan porque la mayoría de los pacientes presentan más de un síntoma o signo característicos además de unas alteraciones analíticas concretas. El conocimiento de estas manifestaciones

es básico para que el clínico sospeche de la presencia de una enfermedad autoinmune sistémica y en base a ello inicie el estudio clínico y analítico. (1)

Actualmente, el apoyo por el laboratorio para el diagnóstico de las enfermedades autoinmunes consiste en un gran número de técnicas que permiten tanto identificar como confirmar el o los antígeno(s) específicos reconocidos. Además, este tipo de técnicas han evolucionado de manera importante en las últimas décadas, ya que se han desarrollado pruebas con mayor especificidad y sensibilidad. Entre las técnicas más utilizadas se encuentran: la inmunofluorescencia indirecta (IFI), el ensayo inmunoenzimático (ELISA), el ensayo múltiple y la electroinmunotransferencia (EIT). Cada una de ellas presenta diferencias pero conservan el fundamento general que es el reconocimiento de la unión antígeno-anticuerpo. (2)

Ante la sospecha de una enfermedad autoinmune sistémica, las pruebas analíticas que darán luz sobre la posible enfermedad incluyen: o Anticuerpos antinucleares (ANA). o Factor reumatoide (FR). o Dosificación de los valores de complemento (C3, C4 y CH50).

La determinación inicial de estos 3 parámetros es la combinación que tiene una mayor eficacia, tanto en el cribado inicial, como en la confirmación de la sospecha o presencia de este tipo de enfermedades. (1)

Bajo la denominación genérica de Anticuerpos Antinucleares o ANA se agrupan los autoanticuerpos dirigidos frente a antígenos del núcleo celular (1). Son auto-anticuerpos dirigidos contra componentes nucleares: dsDNA, histonas y ribonucleoproteínas. (3)

La técnica de elección para su estudio es la inmunofluorescencia indirecta (IFI) en células HEP-2, observándose distintos patrones de tinción fluorescente. Estos patrones orientan a la estructura celular afectada y a distintas patologías autoinmunes. Del mismo modo, se efectúa una dilución seriada de la muestra (titulación), con el fin de determinar de forma indirecta la cantidad de auto-anticuerpo presente. (3)

La detección de ANA mediante IFI utilizando como sustrato células HEP-2 es útil como prueba de tamizado inicial, debido a que los patrones de tinción más comunes se relacionan con una gran variedad de antígenos; sin embargo, resulta necesario realizar pruebas más sensibles y específicas como el ELISA para identificar el antígeno o antígenos reconocidos por los autoanticuerpos (2).

La utilización del método ELISA se ha ido incrementando en los últimos tiempos como prueba de cribado. Es un método rápido, sencillo y sensible que permite detectar autoanticuerpos específicos frente a distintos antígenos de manera objetiva y automatizada. (1)

Destaca también el método de inmunotransferencia, se trata de una técnica muy

sensible, pero su utilidad en el campo de la autoinmunidad queda limitada por el hecho de que sólo permite detectar epítomos lineales.

A menudo, se utiliza también otra modalidad, el INMUNOBLOT (o Dot Blot) en la que, a la membrana que actúa de soporte, se unen o imprimen directamente antígenos purificados o recombinantes.

Aunque Las técnicas de ELISA e inmunotransferencia (o inmunoblot) siguen teniendo un importante valor en nuestros días, si bien esta última está siendo lentamente sustituida, por técnicas más novedosas basadas en métodos inmunoenzimáticos y nuevas tecnologías que permiten análisis multiplex. Fundamentalmente, se basan en la citometría de flujo y las micromatrices (microarrays) de antígenos. (1)

Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) se definen como un grupo heterogéneo de autoanticuerpos, de tipo IgG o IgM, dirigidos contra determinantes antigénicos presentes en los gránulos primarios de los neutrófilos y en los lisosomas de los monocitos.

Para la detección de los ANCA, la IFI se utiliza también como prueba de tamizado inicial, debido a que en ella se observan los 3 patrones de tinción que se relacionan con manifestaciones clínicas de autoinmunidad (2)

El factor reumatoide (FR) es un anticuerpo frente a la porción Fc de la inmunoglobulina IgG, que también es un anticuerpo. El FR y la IgG se unen para formar complejos inmunes que contribuyen al proceso de la enfermedad. (4)

Está indicada su búsqueda en toda artritis de curso subagudo o crónico, sobre todo si el patrón es poliarticular. Su presencia a títulos altos será sugestiva de artritis reumatoide, si el cuadro clínico es compatible. No obstante, también podemos encontrarlo en otras patologías del tejido conectivo y, a título bajo, en infecciones agudas y en todos aquellos procesos que vayan acompañados de hipergammaglobulinemia. (4)

Las primeras técnicas empleadas estaban basadas en inmunoaglutinaciones (Waalser-Rose = inmunoaglutinación, y aglutinación por látex) dando los resultados en títulos (1/80). Posteriormente aparecen técnicas ELISA, que aportan mejores características técnicas, pero eran muy lentas y poco reproducibles, por lo que se usaron poco. Actualmente se determinan mediante nefelometría o turbidimetría, de mayor rapidez, reproducibilidad y menor coste. Ello es debido a que estas tecnologías están incorporadas en equipos automatizados y las calibraciones emplean estándares basados en preparaciones de referencia internacionales, dando los resultados en UI/ml. (1)

Las alteraciones en los niveles de las fracciones C3, C4 y de la actividad CH50 de complemento, si bien no son patognomónicas de enfermedades autoinmuni-

tarias, deben poner en alerta al facultativo en este sentido. En ocasiones, y en pacientes poco sintomáticos, dichas alteraciones pueden traducir una actividad inmunológica subclínica. Por tanto, su determinación puede ser de ayuda, por un lado para la valoración diagnóstica, y por el otro para el estudio de la actividad del proceso. (4)

5 Discusión-Conclusión

Existen una gran variedad de estudios de laboratorio específicos que confirman el diagnóstico de las enfermedades autoinmunes siendo fundamental que el facultativo que realice el diagnóstico inicial una los resultados de dichos estudios a una adecuada anamnesis y examen físico del paciente.

En la actualidad las técnicas de laboratorio que confirman el diagnóstico de las enfermedades autoinmunes se pueden encontrar no solo en los laboratorios de investigación o de gran tamaño, como ocurrió en un principio, sino que se han convertido en un estándar en laboratorios de menor tamaño, además de ser técnicas utilizadas en la rutina diaria de dichos laboratorios.

6 Bibliografía

1. María José López García, Aurora Urbano Felices, Marta Cárdenas Povedano, Antonia Osuna Molina, Ana M^a Lendínez Ramírez. Manual de Laboratorio en las enfermedades autoinmunes sistémicas. ISBN online: 978-84-695-5125-7 ISBN impreso: 978-84-940234-9-1 DL: B 26403-2012 DOI: <http://dx.doi.org/10.3926/oss.6>
2. Diego F. Hernández Ramírez y Javier Cabiedes. Técnicas inmunológicas que apoyan el diagnóstico de las enfermedades autoinmunes. *Reumatol Clin.* 2010;6(3):173-177
3. Carla Bastías O., Francisco Sidgman G., Consuelo Rodríguez M. Laboratorio de Inmunología en la práctica clínica. *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2015; 26(6) 764-775
4. L. Pallares, M.R. Julià, I. Usandizaga, A. Salomón, J.A. Ballesteros. El laboratorio de inmunología en el diagnóstico y control de las enfermedades autoinmunitarias sistémicas: Protocolo de estudio ante la sospecha clínica. *Medicina Balear* 1994, Vol. 09, N. 3, p. 108-114
5. Lazaros I. Sakkas and Dimitrios P. Bogdanos. The Role of B cells in the Pathogenesis of systemic sclerosis. *IMAJ.* VOL 18 september 2016

6. Lifeng Wang, Fu-Sheng Wang & M. Eric Gershwin. Human autoimmune diseases: a comprehensive update. *Journal of Internal Medicine*, 2015, 278; 369–395
7. Holden T. Maecker, Tamsin M. Lindstrom, William H. Robinson, Paul J. Utz, Matthew Hale, Scott D. Boyd, Shai S. Shen-Orr, and C. Garrison Fathman. New tools for classification and monitoring of autoimmune diseases. *Nat Rev Rheumatol.* ; 8(6): 317–328. doi:10.1038/nrrheum.2012.66.
8. Cabiedes, J., & Núñez-Álvarez, C.A. (2010). Anticuerpos antinucleares. *Reumatol. Clin.*, 6(4), 224-230. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2009.10.004>
9. René A. Rivero-Jiménez, *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, Vol. 29, No. 2 (2013)

Capítulo 168

RELACION ENTRE EL SISTEMA INMUNITARIO Y EL ESTRÉS

NOELIA RUIZ CABRERA

1 Introducción

El estilo de vida al nivel social, familiar y laboral, que actualmente llevamos en la sociedad, puede provocar un estrés prolongado que puede acarrear un efecto negativo para nuestra salud. No nos damos cuenta, pero ese nivel de estrés puede producir un efecto negativo en nuestro sistema inmunitario, disminuyendo los distintos tipos de glóbulos blancos (monocitos, por ejemplo); así como algunas hormonas como el cortisol, por ejemplo.

No todo el tipo de estrés es malo, ya que el estrés a corto plazo puede ser beneficioso para la salud, ya que puede aumentar el nivel de energía, de concentración y el nivel de adrenalina y así con ello, obtener una respuesta en milisegundos a nivel de respuesta en actuación y pensamiento. Esto te puede llevar a que en una situación de peligro, te salve la vida.

El estrés psicológico tiene un rol importante en el desencadenamiento y la evolución de trastornos psiquiátricos : el tipo neurótico , sobre todo cuando se está sometido a factores estresantes mantenidos a un estrés con una duración que sea mayor de seis meses.

Existe una relación entre la concentración de leucocitos y el nivel de glucocorticoides plasmáticos durante el estrés fisiológico, ya que incrementan el número y el porcentaje de neutrófilos,

2 Objetivos

Determinar como afecta el estrés al sistema inmunitario en la sangre de la población y los efectos que puedan producir.

3 Metodología

Se estudiaron 64 pacientes mayores de 18 años (previo consentimiento informado), en tres grupos: uno que incluyó los pacientes que presentaron resultados en los rangos considerados como normales (valores establecidos por la OMS) para cada una de ellas, de acuerdo a las variaciones según el sexo, y los otros 2 que comprendieron los pacientes con valores por debajo del mínimo o por encima del máximo, según el diagnóstico.

En las dos primeras semanas se obtuvieron en muestras de sangre periférica en ayunas, en con una evaluación neuropsicopatológica

4 Resultados

La edad comprendida se realizó entre los 31-60 años, 43 pacientes. Hubo un mayor porcentaje del sexo femenino con un 81,3% y el color de la piel más repetido resultó ser la piel blanca con un 59,4 %.

Con respecto del total, 31 pacientes totales presentaban neurosis y 33 de los pacientes totales eran de reacción situacional.

Según los resultados anteriores y dividiendo en grupos de células inmunes, cabe destacar lo siguiente:

- Con respecto a los valores iniciales de los eosinófilos: el 51,1% se mostraron disminuidos que se mostró en el grupo de los pacientes con reacciones situacionales.
- Con respecto a los valores iniciales de los monocitos y basófilos: estuvieron ausentes en el 100% de las muestras.
- Con respecto a los valores iniciales de los linfocitos:
- Los relativos a pacientes con enfermedades con neurosis: hubo un aumento del 41,9% del total.
- Los relativos a pacientes con reacciones situacionales: hubo un aumento de 48,5% del total.
- Con respecto a los valores iniciales del cortisol: tuvo una variación de 0,05% siendo este poco significativo. Aunque cabe destacar que el grupo en que más se manifestó el cortisol ha sido en el grupo de lo que padecen neurosis.

- Con respecto a los valores iniciales las plaquetas aumentaron en un 0,31%, siendo el mayor en pacientes con neurosis.
- Con respecto a los valores iniciales el hematocrito hubo un aumento del 0,28%, siendo el mayor en pacientes con neurosis.
- Con respecto a los valores iniciales la hemoglobina hubo un aumento del 0,93%, siendo el mayor en pacientes con reacciones situacionales.
- Con respecto a los valores iniciales hubo una diferencia de medias de leucocitos con la dependiendo de los distintos grupos demuestran los siguientes resultados:
- En lo relativo a los pacientes con neurosis, aumentó en una media de 7,2.
- En lo relativo a los pacientes con reacciones situacionales, aumentó en una media de 6,7.

5 Discusión-Conclusión

Por lo que podemos deducir de esto es que debido al estrés a largo plazo disminuyen los niveles de los eosinófilos, se anulan los niveles de monocitos y basófilos a cero, pero aumentan un poco los niveles de linfocitos. Esto es muy perjudicial para el cuerpo porque somos vulnerables a las infecciones y otras patologías. Por otro lado, un poco de estrés es beneficioso para tener una buena reacción ante el peligro, ya que con eso podemos salvar la vida. En definitiva, el estrés es bueno en poca medida, ya que nos mantiene en alerta, pero mucho tiempo es perjudicial para la salud y nos conlleva a tener más vulnerabilidad a las infecciones.

6 Bibliografía

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400006

<https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/effects-of-stress-and-their-impact-on-your-health>

Capítulo 169

CÓMO AFECTA LA SUPLEMENTACIÓN ORAL CON MONOHIDRATO DE CREATINA EN EL METABOLISMO ENERGÉTICO MUSCULAR

NOELIA RUIZ CABRERA

1 Introducción

Muy poco se sabe en lo referente a los cambios bioquímicos, metabólicos de las células que produce la administración de monohidrato de creatina en los músculos. Este suplemento actúa sobre las células de los músculos del cuerpo humano para realizar un mejor rendimiento.

Como el almacenaje de ATP en las células es relativamente pequeño, pues el rendimiento y la velocidad como su potencia hay que administrar mas oxígeno; y por ello, tener mas capacidad pulmonar.

La vía rápida en la que se podría obtener estos resultados sería la administración de suplementos de monohidrato de creatina y , con ese efecto, se llegaría a la capacidad física en un tiempo récord para, así, poder llegar a una competición en estado óptimo

Otra cosa sería los efectos negativos de estos suplementos hacia la salud y si pudieran ser legales o no, pero aquí se va a evaluar los efectos que se producen en las condiciones físicas tras la administración de este suplemento.

Los deportistas y atletas buscan un medio de mejorar el rendimiento a base de suplementos este método se denomina: ergogénico que es la producción de trabajo,

y el rendimiento deportivo, indicando los medios para una mejora de la potencia del individuo.

2 Objetivos

Determinar la información sobre los efectos que se producen al administrar monohidrato de creatina en el organismo y si mejoran el rendimiento del atleta.

3 Metodología

Se llamaron a 13 varones, cuya edad media fue de 23 años

Se agruparon en tres grupos: grupo placebo, con suplementación con creatina y con suplementación con creatina más carbohidrato

Se administró durante 12 días con 20gr de fibra de gisante, monohidrato de creatina y creatina + carbohidrato. En cuatro tomas al día

Los parámetros que se usaron fueron: el peso, la talla, 4 pliegues cutáneos y la cantidad total de agua corporal (por bioimpedancia eléctrica a varias frecuencias).

4 Resultados

Grupo con suplementación con creatina: aumento significativo de pcr/atp en un 14% con aumento de peso

Grupo con suplementación con creatina más carbohidrato: aumento significativo de PCT/ATP en un 21%

- Según el peso:
 - El grupo que se le administró el Placebo: aumentó en un 0,2%
 - El grupo que se le administró el suplemento: aumentó en un 1,4%
- Según el agua corporal total:
 - El grupo que se le administró el Placebo: aumentó en un 0,7%
 - El grupo que se le administró el suplemento: aumentó en un 1,3%
- Según grasa:
 - El grupo que se le administró el Placebo: aumentó en un 0,1%
 - El grupo que se le administró el suplemento: aumentó en un 0,2%
- Según masa muscular:
 - El grupo que se le administró el Placebo: aumentó en un 0,4%
 - El grupo que se le administró el suplemento: aumentó en un 0,6%

- Los cambios que se produjeron en la velocidad máxima después de la administración de:
- El grupo del Placebo: se mantuvo, no hubo cambios
- El grupo que se le administró el suplemento: aumentó en un 11,5%
- Los cambios que se produjeron después en la velocidad máxima de la administración de:
- El grupo del Placebo: se mantuvo, no hubo cambios
- El grupo que se le administró el suplemento: aumentó en un 0,6%
- Los cambios que se produjeron en la potencia máxima después de la administración de:
- El grupo del Placebo: se mantuvo, no hubo cambios
- El grupo que se le administró el suplemento: aumentó en un 12,7%
- Los cambios que se produjeron en la potencia media después de la administración de:
- El grupo del Placebo: se mantuvo, no hubo cambios
- El grupo que se le administró el suplemento: aumentó en un 15,8% en 10 sg.

5 Discusión-Conclusión

Se demostró que tomar este suplemento produce un aumento significativo de las reservas de fosfocreatina muscular, así como un aumento de su constitución física en un considerable periodo corto de tiempo. Con lo que conlleva un planteamiento en el que se cuestiona si es beneficioso para el cuerpo humano o a la larga es perjudicial para su sistema. Eso no se sabe. También se cuestionaría sobre la legalidad y que sea justo hacia otros participantes en alguna competición o su criterio moral sobre si tomaría estos suplementos o de lo contrario, dejaría que se desarrollase por evolución normal a través del tiempo.

6 Bibliografía

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182003000100008

Capítulo 170

FUNCIONES DEL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN Y DIAGNÓSTICO PARA EL DIAGNÓSTICO A NIVEL HOSPITALARIO

YOLANDA NOGUERO FIMIA

MONICA RUANO DOMENECH

VICTORIA PATÓN DÍAZ

MÓNICA SÁNCHEZ DÍAZ

MARIA DEL CARMEN PARRA GALLEGO

1 Introducción

Un trabajador esencial en la industria de la salud, el técnico de rayos X puede ocupar una variedad de puestos en atención primaria, hospitales, clínicas y otras instalaciones de atención médica. Desempeñará una variedad de papeles cruciales en el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías. Es uno de los perfiles más demandados en el sector sanitario, y los salarios han subido recientemente, situándose de media entre los 15.000 y los 21.000 € brutos anuales. Sin embargo, el rango exacto depende de factores como la antigüedad, la experiencia y la industria (ya sea privada o pública), además de la Comunidad Autónoma donde trabaja. Además, este profesional puede acceder a otros puestos de trabajo, como

la dirección de departamentos de radiología o incluso convertirse en profesionales consultores. El Grado Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear, título que le habilita para desarrollar estas tareas, es necesario para acceder a este puesto de trabajo y forma parte de un ciclo de formación profesional. Profesionales que trabajan en hospitales como técnicos de rayos están empleados en la división de imagen y se encargan principalmente de obtener imágenes para diversas pruebas radiológicas. Trabajarán en estrecha colaboración con los radiólogos en esta tarea.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico de imagen y diagnóstico profesional en un hospital.

3 Metodología

Con una restricción de fecha de 2000-2023 y el uso de varios descriptores, se realizó una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos Web of Science y PubMed para lograr este objetivo. Nueve de los 19 documentos que se descubrieron a través de estos temas fueron retirados de la web. Así, inicialmente se eligieron 10 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión de la 3 tuvieron que ser eliminados porque no se relacionaban con los temas buscados.

4 Resultados

Los técnicos de rayos X se encargan de utilizar las imágenes adquiridas para apoyar los diagnósticos específicos. Dado que se trata de tecnologías sofisticadas y potencialmente peligrosas, estos profesionales deben estar altamente calificados. Los siguientes son algunos ejemplos de los métodos y tareas realizadas por los técnicos de rayos:

- Tomar radiografías: emplearán métodos de rayos X para analizar la anatomía del cuerpo en escala de grises. Esto se logra sometiendo el cuerpo del paciente, o una parte de él, a una dosis de rayos X controlada con precisión.

Además de administrar el equipo, de Rayos garantizará la comodidad y el bienestar del paciente durante todo el procedimiento, describirá lo que se hará y le brindará la atención médica que requiera.

También se desarrollarán resonancias magnéticas y tomografías computarizadas. En primer lugar, la resonancia magnética usa un campo magnético y ondas de luz, mientras que las tomografías computarizadas también usan rayos X para obtener imágenes de órganos internos, huesos y vasos sanguíneos.

Por otro lado, el técnico de rayos x también será responsable del buen mantenimiento de las salas y materiales. En otras palabras, no solo supervisará el equipo y tratará directamente con el paciente, sino que también será su responsabilidad asegurarse de que el equipo funcione correctamente y que los materiales y las habitaciones estén limpios, estériles e higiénicos.

La salida de radiación del equipo también está bajo su control, por lo que se asegurará de que el paciente solo reciba el mínimo de radiación, lo suficiente para crear la imagen necesaria para el diagnóstico, a fin de realizar el procedimiento. Además, dado que estos profesionales trabajan diariamente con equipos que emiten radiaciones, deben protegerse a sí mismos y al resto del equipo médico.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico y la detección de patologías y enfermedades específicas dependen en gran medida de la experiencia de los técnicos de rayos X. Aunque tradicionalmente su trabajo se ha asociado al diagnóstico de fracturas, su papel es crucial en el diagnóstico de otras cuestiones, como el cáncer y la detección de tumores. Por otro lado, el trabajo de estos profesionales garantizará el uso adecuado de las diversas herramientas y técnicas, incluidas las radiografías, la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética. Para finalizar el técnico de imagen y diagnostico también será responsable del buen mantenimiento de las salas y materiales.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.

Capítulo 171

TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO : POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE Y MÉTODOS DE INMOVILIZACIÓN

YOLANDA NOGUERO FIMIA

MONICA RUANO DOMENECH

VICTORIA PATÓN DÍAZ

MÓNICA SÁNCHEZ DÍAZ

MARIA DEL CARMEN PARRA GALLEGO

1 Introducción

Para mantener la posición adecuada del paciente y limitar el movimiento voluntario del niño sin impedirlo por completo, se utiliza la inmovilización. La exposición rápida también reduce la posibilidad de que una placa se mueva es decir, disminuyendo el tiempo aumentando la banda.

Solo en circunstancias extremas los miembros del personal radiológico inmovilizarán al paciente. Existe un pequeño riesgo de lesiones incluso con las mejores técnicas para inmovilizar a bebés y niños pequeños. Por lo tanto, solo los técnicos calificados o capacitados deben realizar la inmovilización.

Los padres y los niños con edad suficiente para comprender el procedimiento deben ser informados antes de comenzar.

Excepto cuando se vaya a realizar la exposición, el niño inmovilizado nunca debe dejarse desatendido. Debemos tener en cuenta que el bebé o niño pequeño nunca debe estar completamente inmovilizado, imposibilitando incluso movimientos simples como respirar.

2 Objetivos

Comprender algunas cuestiones fundamentales relativas a la inmovilización de pacientes para la realización de exámenes radiológicos como profesionales sanitarios formados en medicina nuclear y técnicos de imagen para el diagnóstico.

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

Estas son las técnicas de inmovilización empleadas por el técnico de rayos:

1-sedación: La sedación generalmente se reserva para niños particularmente asustados, incluidos algunos con retraso mental, durante la radiografía simple. Las tomografías computarizadas generalmente requieren sedación en niños entre las edades de seis meses y cuatro años, ya que deben permanecer inmóviles durante varios minutos. Los escáneres CT modernos pueden completar los estudios en cuestión de segundos, pero aun así, un niño solo necesita moverse un poco para que el estudio sea inútil. La sedación no produce complicaciones cuando se usa correctamente. La aspiración de material vomitado, el paro respiratorio y los vómitos son algunos ejemplos.

2-Bandas:

Están hechos de tiras de plástico o tela que se tensan contra los lados de la mesa de examen o se colocan encima del niño para inmovilizarlo. Junto con sacos de arena, se pueden utilizar. También se pueden usar vendas elásticas, hilo o tiras de velcro, pero siempre se debe tener mucho cuidado para no lastimar al niño.

3-Almohadillas:

También se conocen como cabeceros porque son piezas de gomaespuma que permiten la inmovilización del cráneo. Tienen forma de "U" y vienen en varios tamaños. Para lograr un buen ajuste, se pueden utilizar correas de velcro si es necesario.

Debido al tamaño de nuestros cabeceros, elegiríamos el mayor de los dos tamaños de cabecero, colocando unas cuñas de gomaespuma para una mejor fijación del cabecero.

4- Mandíbulas:

Son objetos metálicos que a manera de pinza sujetan e inmovilizan la cabeza del niño. La parte que sostiene al niño está acolchada para evitar daños.

5-Tejas:

Un tubo de metacrilato u otro material plástico radiotransparente al que se le ha recortado longitudinalmente en forma de "U" conforma este sistema. Se utilizará una pequeña sábana para envolver al niño dentro y evitar que roce con la baldosa. Se usan correas de velcro para atarlos después (por razones de higiene).

Los niños se pueden colocar en varias posiciones en la mesa de examen, incluyendo decúbito supino, lateral y colgados en posición vertical de un gancho sujeto a un bucky de pared.

6-Rueda:

El niño se mantiene inmóvil mediante correas de velcro dentro de un dispositivo portátil circular con una base plana radiotransparente. Se puede configurar para que el paciente pueda ser examinado desde diferentes ángulos, incluidos anteroposterior (AP) y lateral, en posición de decúbito y en posición erguida. Este dispositivo, que utilizamos para lograr posiciones de decúbito y erguidas se fija al marco de la mesa de exploración con un dispositivo de control remoto.

7-El Pigg-o-stat: Este es el nombre comercial de un dispositivo de inmovilización en forma de tubo que tiene dos medios mosaicos radiolúcidos y permite ajustar el ancho del niño. El bebé se coloca dentro y se coloca en posición vertical. Cuando un niño en edad preescolar o escolar no coopera o es probable que se mueva durante el examen, se realiza una radiografía de tórax con el pigg-o-stat. Para evitar que usen el dispositivo para orinar o defecar, los pacientes usarán pañales. No se recomienda que los niños con sobrepeso lo usen porque podrían atascarse.

5 Discusión-Conclusión

Como miembros de la profesión médica que hemos recibido formación como técnicos en medicina nuclear y diagnóstico por imagen, hemos aprendido algunos conceptos fundamentales sobre la inmovilización de pacientes y las diversas téc-

nicas o métodos a nuestra disposición. La sedación, que se usa particularmente en niños pequeños que tienen miedo, es una de ellas. Debemos realizar estudios extensos como tomografías computarizadas o las resonancias magnéticas. También enfatizamos el uso de sacos de arena, bandas, almohadillas, abrazaderas, baldosas, ruedas y pigg-o-stats como herramientas adicionales ya que nos ayudan a inmovilizar o limitar el movimiento de nuestro paciente para realizar la técnica.

6 Bibliografía

1. <https://www.revista-portalesmedicos.com/>.

Capítulo 172

MAMOGRAFÍA DIGITAL CON CONTRASTE

CARMEN MARIA ALVAREZ FERNANDEZ

MARIA GONZÁLEZ GALIANO

1 Introducción

El tipo histológico y el estadio en el momento del diagnóstico están directamente relacionados con el pronóstico del cáncer de mama .La sobrevida a 5 años del cáncer de mama detectado y tratado en Etapa 0 o I es de 100%, disminuyendo progresivamente desde 92% en Etapa IIA hasta 20% en Etapa IV .Esto último justifica los intentos de encontrar técnicas de detección temprana que además sean asequibles y eficientes para los sistemas de salud. Estudios internacionales han demostrado que la población incluida en programas de tamizaje reduce su mortalidad en 24%, en promedio, llegando incluso a reducciones de 50%.

Desde los años 90, la mamografía analógica ha evolucionado a la mamografía digital lo que permite la posibilidad de su posprocesamiento, dando lugar a la aparición de nuevas técnicas diagnósticas, como la tomosíntesis o la mamografía con realce de contraste no factible en la era de la mamografía analógica.

Aunque la mamografía digital se aprobó para uso clínico en 2010, todavía es poco conocida. Con medio de contraste es una técnica de reciente aparición, prometedora en el cáncer de mama, que aporta los datos morfológicos normales así como el nivel de vascularización de la lesión.

Los investigadores creen que la mamografía digital con contraste tiene el potencial de ayudar a detectar el cáncer más rápido, incluso entre poblaciones de bajo riesgo, mientras mejora la experiencia de la paciente.

Se ha demostrado que la mamografía digital con contraste mejora la visibilidad del cáncer de mama en comparación con la mamografía sola y mamografía junto con ecografía y, además, tiene una sensibilidad comparable a la RM.

2 Objetivos

Dar a conocer la mamografía digital con contraste.

3 Metodología

El estudio dura unos 7 min. Dos minutos después de la administración por una vía venosa periférica, generalmente del brazo, del medio de contraste yodado, se comienza estudiando la mama no sospechosa, obteniendo cráneo-caudal y luego se estudia la mama contralateral «patológico» cráneo-caudal posteriormente se estudia la mama no sospechosa, proyecciones oblicua medio-lateral y después se estudia el seno contralateral «patológico» oblicua medio-lateral en este orden. A pesar de que los resultados finales del estudio no parecen verse afectados por el orden del estudio, se recomienda que una vez que no se determine el protocolo a seguir, se siga.

Se obtienen dos imágenes por cada compresión de la mama: una primera con baja energía (<35 kVp) después de lo cual se obtienen otras proyecciones de alta energía (45 a 49 kVp), craneocaudal (CC) y mediolateral oblicua (MLO). La pantalla de baja energía es una mamografía digital directa típica, como las que se usan hoy en día. La segunda, que no es útil para diagnóstico directo, se combina con la primera y muestra una imagen 'recombinada' en la cual sólo son visibles las áreas de realce donde hay angiogénesis tumoral; es decir, resalta solo el tumor, mientras que las áreas de tejido mamario normal permanecen visibles solo como fondo anatómico. Esto permite la recuperación de información funcional de regiones hipervascularizadas que pueden estar vinculadas a lesiones tumorales.

Se trata de una técnica con la que “obtenemos información funcional sobre el comportamiento de las lesiones tras la introducción de contraste, aproximándose a la información que conseguimos con la RM puede ser una alternativa a ésta para aquellos pacientes que no toleran la RM por claustrofobia, o en los que está contraindicada por ser portadores de marcapasos o por alguna otra causa”.

La realización del examen conlleva entre 5 y 10 minutos (en un equipo de resonancia magnética el estudio se prolonga hasta los 40 minutos) y el coste es realmente muy inferior. La dosis de radiación recibida por la paciente solo supone 1,2 veces la dosis recibida en una mamografía digital estándar.

Ventajas

Rápida (7 min)

Fácil de reproducir y de interpretar

Económica (en comparación con la resonancia magnética), aunque los costes son aproximadamente un 20% más altos que la FFDM

Bien tolerada por las pacientes

Proporciona una mamografía de rutina y un diagnóstico por imágenes combinado en un solo procedimiento. Puede haber algunos casos de una reacción desfavorable.

Estudia ambas mamas en el mismo procedimiento

Los pacientes con marcapasos y pacientes que son extremadamente obesos, así como aquellos que son claustrofóbicos y sensibles al metal, pueden realizar este procedimiento.

Desventajas

Una dosis de radiación a las glándulas que es mayor que la de la mamografía tradicional.

Debe realizarse en ayunas (debe programarse)

No puede realizarse en pacientes con posibilidad de reacción adversa al yodo sin premedicación

No debe realizarse en pacientes con insuficiencia renal

Puede haber algún caso de reacción adversa

El rendimiento diagnóstico en pacientes con prótesis de mama es menor

4 Resultados

Hasta hace poco, la resonancia magnética se consideraba el estándar de oro para la estadificación local del cáncer de mama. Su sensibilidad es muy superior a la de la FFDM, incluso con ecografía complementaria, lo que permite detectar hasta un 16% más de lesiones en la mama patológica y hasta un 4% de nuevas lesiones en la mama contralateral.

Sin embargo, aunque su sensibilidad es alta, su especificidad no lo es tanto, lo que lleva a la realización de un gran número de biopsias. Sin embargo, a pesar de tener una alta sensibilidad, tiene una baja especificidad, requiriendo la realización de numerosas biopsias.

Aparte del hecho de que no es apropiado para pacientes que son extremadamente obesos, aquellos que tienen marcapasos, prótesis metálicas o aquellos que son

claustrofóbicos, la resonancia magnética también tiene una serie de otros inconvenientes, que incluyen costos más altos, un período de examen e interpretación más largo, una baja disponibilidad y un uso limitado.

Se han realizado numerosos estudios que comparan la eficacia de la RM y la CEM, y todos han concluido que la CEM es igualmente eficaz que la RM.

La RM en cuanto a sensibilidad, además, la CEM tiene un número menor de falsos positivos y un valor predictivo positivo más alto que la RM, lo que indica que su especificidad es mayor.

El aumento del contraste del parénquima normal en CEM se ha relacionado con un mayor riesgo de cáncer de mama, al igual que con la resonancia magnética. Como resultado, CEM y MRI son comparables en términos de rendimiento diagnóstico.

Sin embargo, debido a que lleva menos tiempo, es más cómodo para el paciente, es menos costoso y hace menos ruido, es más apreciado por los pacientes.

Dado que la resonancia magnética aún muestra imágenes ponderadas por difusión, permite la operación dinámica y se considera una técnica tomográfica, debe recordarse que es superior; un funcionamiento dinámico, visualiza imágenes ponderadas por difusión, se considera una técnica tomográfica y que permite reconstrucciones en 3D, no implica la irradiación del paciente y el medio de contraste de gadolinio se asocia con menos frecuencia a efectos adversos.

Una de las aplicaciones más claramente establecidas de la CEM hasta ahora es su uso como técnica de segunda línea en la rellamada de pacientes después de una mamografía anormal.

Existe evidencia de que, a pesar del exceso de radiación que conlleva, la CEM podría utilizarse como técnica de primera elección y prescindir de la FFDM en el paciente sintomático. En esta visita inicial, se podría sugerir la necesidad de biopsias adicionales para confirmar la extensión del tumor o la multifocalidad, evitando demoras en el diagnóstico.

Futuro de la CEM

A pesar de que se han escrito más de 500 publicaciones sobre los diversos beneficios y desventajas de EMC desde 2010, muy pocas máquinas en todo el mundo son compatibles con EMC.

Oncólogos, radiólogos, cirujanos y administradores de la sanidad pública y privada siguen teniendo un nivel muy alto de desconocimiento de la técnica.

Esta ignorancia puede haber sido el resultado del monopolio de marketing de una sola empresa durante los primeros ocho años.

5 Discusión-Conclusión

La CEM ha demostrado ser una técnica valiosa para el diagnóstico y estadificación del cáncer de mama primario.

El rendimiento diagnóstico de la CEM es superior a la de la FFDM, incluso cuando se acompaña de ecografía.

Los altos valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y precisión son similares a los de la RM, lo que, combinado con la sencillez de la técnica, indica que la CEM es útil, al menos como modalidad de imagen complementaria en la evaluación de las lesiones de mama

El excelente rendimiento diagnóstico de la técnica hace que constituya una prometedora modalidad de diagnóstico por imagen inicial en pacientes sintomáticas, que proporcionaría una mejor información diagnóstica y de estadificación desde la primera visita clínica.

Con la llegada de la mamografía digital, ha habido una mejora significativa en la calidad de las mamografías. La mamografía espectral de energía dual con contraste, también conocida como "mamografía de contraste", se ha propuesto como un método para aumentar la sensibilidad y especificidad de la mamografía tradicional. Este método combina la mamografía digital con un medio de contraste yodado intravenoso y dos exposiciones a diferentes energías. La mamografía con contraste, que ha demostrado tener una especificidad y sensibilidad comparables y se está posicionando como una alternativa más rentable a la resonancia magnética, puede ser muy útil porque no tiene el acceso ni las restricciones financieras mencionadas para la resonancia magnética.

.

En la mamografía digital con contraste los resultados de los estudios clínicos muestran que es significativamente más sensible y específica que la mamografía sola y que tiene una sensibilidad y especificidad comparables a la RMM.

Los usos actuales y los propuestos incluyen la evaluación adicional de pacientes sintomáticos o pacientes con exámenes de detección anormales, la evaluación de la extensión local del cáncer de mama recién descubierto, resolución de problemas, seguimiento después de la quimioterapia neoadyuvante y detección temprana del cáncer en pacientes de alto riesgo.

6 Bibliografía

<https://cbseram.com/2020/07/16/la-mamografia-digital-con-contraste-ayuda->

a-reducir-las-biopsias-benignas-de-mama-de-lesiones-de-baja-a-moderada-sospecha/

<https://www.phmk.es/tecnologia/mamografia-con-contraste-para-el-diagnostico-de-cancer-de-mama>

https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2016/3_agosto/esp/mama_dual_esp.pdf

Capítulo 173

QUISTE DE BOSNIAK

CARMEN MARIA ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Un quiste es un saco de tejido membranoso que contiene líquido, aire u otros materiales. Los quistes pueden desarrollarse prácticamente en cualquier parte del cuerpo o debajo de la piel.

En la inmensa mayoría de los casos, los quistes son lesiones benignas, no provocan síntomas y no necesitan tratamiento. La extirpación del quiste solamente suele ser necesaria cuando presenta uno de los siguientes criterios:

- Cuando a través de los exámenes de imagen exploratorios no es posible distinguir si son benignos o malignos
- Si el quiste crece mucho y compromete zonas de alrededor
- Si se producen cambios estéticos cuando son en articulaciones y piel.
- Cuando el líquido que contiene se infecta y puede producir un absceso.

En este caso vamos a hablar de un quiste de renal, que puede ser simple o complejo, para estadificarlos se utiliza la clasificación Bosniak que establece las definiciones para clasificar a los quistes según el riesgo de cáncer de riñón. Fue creado por Morton Bosniak en 1986 para estandarizar los procedimientos de diagnóstico y las opciones de tratamiento para las lesiones quísticas renales.

En consecuencia, definiremos:

Quiste simple es aquel que es rellenado solamente por líquido y presenta una forma redondeada y bien regular.

Quiste complejo es el que presenta en su interior algún material sólido, a veces con septos, áreas de fibrosis y contornos irregulares.

La mayoría de quistes simples son lesiones benignas y, en cambio, los quistes complejos pueden o no ser tumores malignos.

Un problema con la ecografía es que no puede distinguir de forma fiable entre quistes complejos benignos y malignos. Por ello, además de la valoración por un urólogo, se recomienda realizar una tomografía computarizada.

Después de realizar el TAC nos guiaremos por la clasificación Bosniak que nos estandariza la descripción de los quistes renales, siendo del I al IV:

1. Bosniak I es un quiste renal simple y benigno.
2. Bosniak II quiste renal benigno con algunos tabiques y calcificaciones distintas que pueden suscitar dudas en la ecografía, el quiste renal benigno Bosniak II no está exento de controversia.
3. Quiste Bosniak IIF, que incluye lesiones intrarrenales con un diámetro mayor de 3 cm, con más tabiques y paredes más gruesas que Bosniak II.
4. Bosniak III quistes gruesos con paredes gruesas, varios septos y material denso en su interior.

Un quiste que ha sangrado o se ha infectado también podría ser cáncer.

5. Los quistes renales conocidos como Bosniak IV tienen características cancerosas.

2 Objetivos

Describir un caso clínico de quiste Bosniak III. Procedimientos utilizados para su evaluación. Observar su evolución y determinar la clasificación de Bosniak como método para diferenciar los quistes renales complejos y establecer una pauta de manejo en cada categoría.

3 Caso clínico

Paciente de 41 años que acude al Servicio de Radiodiagnóstico del HUCA remitida por el Servicio de Ginecología por menstruaciones abundantes, largas e indoloras, para descartar posibles patologías.

Se le solicita ecografía abdominopélvica y se completa con una tomografía computarizada (TC) multifásica abdominal con contraste intravenoso.

En la ecografía abdominopélvica se encuentran hallazgos que nos indican que el útero está en anteversión de tamaño normal, con cortonos lisos y miometrio homogéneo. Línea endometrial de grosor normal (9.5mm). Ambos riñones son de tamaño y ecogenicidad normal con ectasia sistema pieloureteral bilateral, probablemente por sobrehidratación. Pequeño quiste cortical polar superior de 2.8cm

en riñón izquierdo, con calcificaciones periféricas y discretas irregularidades de las paredes (quiste atípico) recomendando TC multifásico para completar valoración.

Se le realiza un TC multifásico abdominal con contraste intravenoso donde se identifican calcificaciones puntiformes en grupo calicial medio y grupo calicial superior del riñón derecho, en relación con microlitiasis.

En el riñón izquierdo se observan el quiste polar superior (descrito en ecografía) de 3.4x 3.7 con finos septos, algunos de ellos con calcificaciones finas y una calcificación nodular de 6mm en pared posterior, no se identifican nódulos ni existen captaciones anómalas de contraste.

Quiste de Bosniak IIF en riñón izquierdo. Recomendando control por Urología.

En el caso de esta paciente tras varios controles anuales y una ecografía con CIV en la que el quiste aumentó de tamaño y captó CIV siendo esta lesión sugestiva de ser quiste de Bosniak III se recomendó su extirpación por cirugía. Aunque la gran mayoría de los quistes renales menores de 1 cm son benignos, el tamaño de una lesión quística no es un buen indicador de malignidad.

En la mayoría de los casos, el quiste es completamente asintomático y el diagnóstico se realiza de forma accidental a través de una ecografía o tomografía computarizada de abdomen solicitada por cualquier otro motivo.

Los quistes de Bosniak IIF son probablemente benignos, pero se les debe hacer un seguimiento con exámenes anuales para ver si sus características cambian. Deben manejarse como si fueran Bosniak III en caso de que haya alguna duda.

4 Discusión-Conclusión

La biopsia o la cirugía guiadas por imágenes son las mejores formas de evaluar los quistes de Bosniak III.

La dificultad es que los quistes renales son de grado II (un quiste bastante complejo pero claramente benigno) o de grado III (un quiste bastante atípico con evidencia sugestiva de posible malignidad que debe descartarse o confirmarse mediante examen histológico). Tratamiento o entorno Según el propio Bosniak, en caso de duda, los quistes renales se consideran de grado III y se recomienda la investigación quirúrgica.

En una revisión bibliográfica reciente se encontró evidencia de malignidad en 18.5% de pacientes categoría II y 33% de pacientes categoría III, y (en ausencia de investigación quirúrgica realizada en pacientes) quistes renales tipo II), y sobretratamiento en pacientes clasificados como quistes renales tipo III.

Actualmente, los pacientes con quistes renales de Bosniak tipo III son tratados de forma rutinaria con cirugía laparoscópica. La técnica utilizada consiste en la exéresis de la pared del quiste remitiéndola a estudio preoperatorio al servicio de anatomía-patológica y electrocirugía de la base del quiste, las muestras de la base deben tomarse antes si existe alguna duda sobre la naturaleza cancerosa del quiste.

En pacientes con quistes renales tipo IIF, las indicaciones de cirugía deben ser individualizadas. La malignidad potencial es una preocupación en pacientes más jóvenes, especialmente considerando esa posibilidad (aproximadamente el 18% tiene lesiones malignas). Revisión cuidadosa de las radiografías preoperatorias, los hallazgos intraoperatorios y el examen obligatorio de las muestras obtenidas (pared del quiste/líquido) para garantizar que no se pasen por alto las lesiones tumorales relevantes.

5 Bibliografía

1. <https://www.healthline.com/health/es/quiste>.
2. <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view>.
3. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view>.
4. <https://www.radiologyinfo.org/es/info/renal-cyst>.

Capítulo 174

INTERVENCIÓN Y REALIZACIÓN DE UNA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) CORRECTAMENTE POR EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO

ADELAIDA ARANGO FLÓREZ

1 Introducción

El técnico especialista en radiodiagnóstico es uno de los profesionales que debe conocer todas las técnicas que se pueden realizar en una unidad de radiología. Entre las funciones que pueden realizar son radiología simple o convencional, pruebas de gastroscopias, endoscopias, resonancia magnética (RM) y, como no, tomografía axial computarizada (TAC). Aunque siempre realizan estas funciones bajo la responsabilidad y pauta del radiólogo.

El TAC consiste en la realización de múltiples radiografías de forma giratoria a todo lo largo del cuerpo. Con estas imágenes el médico radiólogo obtiene una información muy completa de toda la anatomía corporal y puede evaluarla para detectar posibles anomalías.

También se puede decir que el TAC es una computadora conectada a un tubo de rayos la cual nos facilita el diagnóstico con imágenes detalladas del interior del cuerpo del paciente, desde diferentes ángulos y con imágenes en 3D.

Es muy importante que el técnico especialista en radiodiagnóstico conozca todo lo relacionado con el buen manejo y cuidado del TAC. También es muy importante el buen mantenimiento de este y en caso de detección de anomalías en el tubo de rayos o computadora se notificará al profesional responsable para poder sustituir o arreglar los materiales. En caso de no funcionar correctamente se paralizará los estudios del TAC.

2 Objetivos

- Poner de manifiesto la importancia de una buena realización y actuación por parte del técnico especialista en radiodiagnóstico de los estudios del TAC.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con las bases de datos de Pubmed, Scielo, Chrocrane.

Se han añadido artículos que se incluían textos en los que nos comentaban que tipo de cuidados o realización debe seguir el técnico especialista en radiodiagnóstico para realizar un TAC.

Palabras Clave. TAC, técnica radiológica, contraste, diagnostico.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir artículos los cuales nos indican que tipo de actuaciones o funciones debe realizar el técnico especialista en radiodiagnóstico para la realización de un TAC correctamente.

El técnico especialista en radiodiagnóstico debe recibir al paciente en la sala y comprobar sus datos personales, nombre, apellidos, fecha de nacimiento entre otros. En caso de que el paciente no pueda comunicarse por sí mismo, si viene acompañado por un familiar se le pedirá que nos enseñe un carnet identificativo del paciente.

Es también muy importante que el paciente en caso de tener que ingerir algún tipo de contraste se preguntara previamente si padece algún tipo de alergia o intolerancia reconocida. En caso de que la respuesta sea afirmativa se informara al radiólogo que decidirá si el TAC se realizara o no.

El técnico será el encargado de colocar al paciente dependiendo de la anatomía

a estudiar de forma correctamente y se le explicará la importancia de la inmovilidad durante el proceso del estudio.

En caso de niños u otro tipo de pacientes se les administrará materiales para protección de gónadas y así se evitará el exceso de radiación.

Tras el estudio del TAC en ocasiones el técnico deberá ayudar al paciente a vestirse o elevarse, ya que el estudio dura sobre 20 min. En ocasiones también el paciente podrá esperar y relajarse en una sala donde el técnico acompañará a este hasta que se encuentre correctamente y pueda salir de la sala de donde se encuentra.

El técnico también debe comprobar que el equipo tras cada estudio se encuentre en perfectas condiciones y preparado para la siguiente sesión de otro paciente. Para ello recogerá todo el material utilizado y pondrá en preparación el equipo para la siguiente prueba.

5 Discusión-Conclusión

Son muchas las indicaciones que debe realizar el técnico para la realización correcta de un TAC y estudios adecuados y evitar los posibles errores al realizar dicha técnica.

El técnico como profesional sanitario responsable de este tipo de estudios revisará todos los resultados que se han comentado en nuestro trabajo para evitar errores como identificación del paciente, o alergias o intolerancias a los contrastes. Se ha utilizado un lenguaje claro, conciso y correcto para que cualquier persona o profesional pueda leer y entender cuáles son las funciones o intervenciones del técnico especialista en radiodiagnóstico a la hora de realizar un TAC.

6 Bibliografía

1. J.A. Jakobsen. Physiological effects of contrast media for use in multidetector row computed tomography. Eur J Radiol. 2007;62(S): S14-S25.
2. J.G. March, L.S. Sproull, M. Tamuz. Learning from samples of one or fewer. 1991. Qual Saf Health Care, 12 (2003), pp. 465-471.

Capítulo 175

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

YOLANDA NOGUERO FIMIA

MONICA RUANO DOMENECH

MARIA DEL CARMEN PARRA GALLEGO

VICTORIA PATÓN DÍAZ

MÓNICA SÁNCHEZ DÍAZ

1 Introducción

El proceso que se lleva a cabo tan pronto como un paciente ingresa al servicio de urgencias de un hospital será el primer tema que trataremos.

En la sala de emergencias, los pacientes no son atendidos de acuerdo con el orden en que llegan, sino con base en la urgencia médica de su condición. Por ejemplo, un paciente que ingresa con una fractura abierta del hospital será tratado antes que otro que ingresa con un esguince.

Hay procedimientos que se deben seguir al ingresar a la sala de emergencias. El primero es Admisión, el segundo es Información y el tercero es Triage:

- Ingreso: Se solicita al paciente su nombre, dirección y otros datos. Adicionalmente, se le entregará una pulsera identificativa y su número de Seguro Social

(si el estado del paciente al llegar a urgencias le impide realizar este paso, lo harán sus acompañantes).

- Información: Aquí, el personal médico facultativo que le acompañe se encargará de informarle sobre las pruebas a realizar, evolución, etc. (Al paciente directamente, o en caso de no ser posible, a sus amigos o familia).
- Triage: Este sistema divide la importancia de la atención del paciente en cinco categorías (crítico, emergencia, urgente, estándar y no urgente).

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son describir cómo funciona un servicio de emergencia desde el momento en que un paciente llega al hospital, cómo se determina el nivel de urgencia necesario y cómo podría moverse a través del departamento de emergencias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizó una revisión bibliográfica de libros. Además, también se consultaron artículos de los principales buscadores e información de los sitios web de salud más populares y publicaciones sobre ciencia y saneamiento, entre otros.

4 Resultados

El Técnico de Rayos X del Servicio de Urgencias es el encargado de realizar las radiografías que ordenan los médicos a los pacientes que se encuentran dentro de un box de urgencias o que caminan hasta el box.

Además, tome radiografías de pacientes que están siendo evaluados en diferentes salas y son cruciales y requieren una radiografía de tórax urgente.

Deben valorar qué tipo de placa solicitan y realizarla de la forma menos dolorosa e irritante posible para el paciente cuando se atiende a pacientes politraumatizados, cuya movilidad puede ser muy limitada o prácticamente inexistente. paciente.

Las proyecciones laterales se deben realizar primero sobre una pared buky o directamente (cervical, rodilla, etc.) en un paciente que llega en camilla) y luego realizarlos de manera que sea posible hacerlo en la misma camilla o pasar con

mucho cuidado de la camilla a la mesa, maniobra que requerirá la asistencia de varios vigilantes (el técnico asistirá si es necesario).

En general, es crucial colocar al paciente en la posición correcta porque al hacerlo se evitará la necesidad de placas adicionales, lo que expondría al paciente a más radiación. También es crucial colimar correctamente el área de interés.

Siempre que sea posible, use precauciones de seguridad (como chalecos de plomo y protectores de gónadas).

Debemos evaluar el posicionamiento del paciente para liberar la menor cantidad de radiación cuando se trabaja con pacientes que presentan demencias o patologías psiquiátricas, que habitualmente acuden con medidas de contención a la hora de realizar el estudio radiológico. Las contenciones son necesarias para realizar el estudio correctamente.

Aparte de eso, el técnico de rayos X del ED atenderá cualquier emergencia potencial en los quirófanos, se cambiará al equipo de quirófano y usará el arco en C para brindarles a los cirujanos imágenes claras.

La intervención se lleva a cabo de la manera menos invasiva y produce los mejores resultados.

5 Discusión-Conclusión

Hemos discutido cómo funciona el departamento de emergencias de un hospital, incluida la forma en que se recibe al paciente, cómo se clasifican, etc. Así como el papel del técnico de rayos X en este servicio de emergencia, quien toma las radiografías necesarias por emergencia para los médicos de sala.

También hemos hablado de cómo tomar una radiografía con buena calidad de radiodiagnóstico para evitar repetir el procedimiento innecesariamente y exponer al paciente a radiación adicional, además de realizar radiografías en la sala de rayos X.

El técnico de rayos X se encargará de manejar otras tareas además de las emergencias.

El radiólogo puede realizar tareas administrativas mientras realiza ecos de emergencia como uno de estos. Además, se encargará de realizar las radiografías portátiles que requiera el servicio a los pacientes ingresados en los distintos servicios hospitalarios (UCI, cardiología, neonatos, etc.) Cada vez que requieran una radiografía inmediata.

6 Bibliografía

<http://revistamedica.com/labor-tecnico-rayos-servicio-urgencias/>.

<http://unitecoprofesional.es/blog/importancia-servicio-emergencia-hospital/>

Capítulo 176

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA. FUNCIONES CON EL PACIENTE CARDIOLÓGICO

ELENA SEPÚLVEDA PEREZ

1 Introducción

El servicio de cardiología de un centro sanitario hospitalario reúne a un gran equipo humano y profesional especializado en el corazón, ya que la cardiología es la rama de la medicina que estudia el corazón, sus funciones y enfermedades. Dentro del servicio de cardiología de un centro hospitalario se pueden encontrar las siguientes unidades:

- Cardiología no invasiva. Unidad de marcapasos. Holter.
- Cardiología intervencionista.
- Hemodinámica.
- Rehabilitación cardíaca.
- Unidad endovascular.

La existencia de unas unidades u otras dentro de la cartera de servicios de una institución sanitaria dependerá del número de población a atender, del número de pacientes cardiológicos y del organigrama del propio centro.

La asistencia a estos pacientes, y más aún a los pacientes agudos cardiológicos requiere una atención especializada, la cual se puede convertir en un reto diario para todo centro sanitario. Es por ello, la importancia de tener un amplio conocimiento sobre fisiopatología, fisiología y hemodinámica cardíaca, al igual

que poseer los conocimientos necesarios para saber utilizar las herramientas utilizadas en los diagnósticos clínicos del servicio de cardiología.

El celador anexo al servicio de cardiología será un miembro más del equipo profesional que desarrolle sus funciones con este tipo de pacientes, por lo que deberá reunir los conocimientos básicos sobre las funciones a desarrollar.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones llevadas a cabo por los celadores en la unidad de cardiología.
- Desarrollar las funciones recogidas en la orden del 5 de julio de 1971, con relación a la movilización y traslado de los pacientes.

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

El personal subalterno, independientemente del servicio en el cual lleve a cabo su actividad laboral, tiene dos funciones específicas de la categoría de celador, por un lado, la de movilizar al paciente y, por otro lado, la de trasladar al paciente de una unidad a otra.

Dichas funciones se encuentran recogidas en la orden 5 de julio de 1971 por la cual se establecen el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social, concretamente en los artículos 14.2.12 y 14.2.13. A continuación se especifican dichos artículos:

- 14.2.12. El personal subalterno deberá trasladar a los pacientes de un servicio a otro, tanto dentro como fuera de la institución, realizándose dicho traslado en ambulancia.
- 14.2.13. El personal subalterno deberá ayudar al equipo de enfermería y a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante la movilización y traslados

de aquellos pacientes que se encuentren encamados con necesidades especiales y que no puedan movilizarse por ellos mismos.

Por otro lado, el celador adscrito a la unidad de cardiología se ocupará de las siguientes funciones:

- Trasladar documentación clínica desde la unidad a las consultas de cardiología o al archivo de la institución.
- Trasladar las muestras biológicas desde la planta de cardiología hasta los laboratorios de microbiología, bioquímica o hematología.
- Trasladar las muestras desde la unidad de hemodinámica hasta la unidad de anatomía patológica o hasta el laboratorio de microbiología.
- Trasladar la sangre desde el banco de sangre hasta la planta de cardiología.
- Trasladar a los pacientes ingresados en la planta hasta el resto de las consultas.
- Trasladar a los pacientes ingresados en cardiología hasta la unidad de ecocardiograma o hemodinámica para la realización de pruebas exploratorias o intervenciones.
- Ayudar al paciente a pasar de su cama hospitalaria hasta la mesa de intervenciones de la sala de hemodinámica.
- Ayudar al TCAE en el aseo diario del paciente que no pueda asearse por sí mismo.
- Todas las funciones análogas a las anteriores que sean ordenadas por sus superiores, siempre que no requiera hacer uso del instrumental sanitario sobre el cuerpo del enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del celador en la unidad de cardiología. Funciones con el paciente cardiológico” nos demuestra las tareas llevadas a cabo por el celador en el servicio de cardiología.

Cabe destacar que las principales funciones del celador, trasladar y movilizar al paciente son funciones exclusivas de esta categoría profesional, sin embargo, al tratarse de pacientes tan delicados, toda actuación deberá ser ordenada y supervisada o bien por el médico especialista en cardiología o por el equipo de enfermería encargado de cada paciente.

Del mismo modo, el celador deberá poseer ciertos conocimientos básicos sobre los pacientes cardiológicos para saber actuar en situaciones de urgencia y emergencia.

6 Bibliografía

- Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.
- GARRIDO, J.M. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- 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.
- Revista española de cardiología. Atención a los pacientes con enfermedades cardíacas agudas y críticas. Posición de la Sociedad Española de Cardiología. Marzo 2016.
- Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. España. Centro de estudios Adams. 2007

Capítulo 177

FUNCIONES REALIZADAS POR EL PERSONAL SUBALTERNO EN LOS CENTROS DE SALUD Y EN LOS CENTROS DE HOSPITALIZACIÓN

JORGE SORIA HITADO

PABLO SORIA HITADO

MARTA COLLADOS PLAZA

1 Introducción

Antes de comenzar a desarrollar la temática sobre este capítulo científico, se va a definir una serie de conceptos mediante los cuales se pueda adquirir un conocimiento más amplio sobre el tema a tratar.

Los centros de salud es la localización física de una institución sanitaria donde se lleva a cabo una asistencia médica de atención primaria. El equipo de atención primaria puede desarrollar una asistencia ambulatoria y/o domiciliaria.

En los centros de salud desarrollan su actividad laboral profesionales de la sanidad de atención primaria, es decir médicos de familia, también conocidos como médicos de cabecera.

Los centros hospitalarios es la localización física de una institución sanitaria donde se lleva a cabo una asistencia médica de atención especializada. El equipo de atención especializada puede desarrollar una asistencia ambulatorio y/o hospitalaria.

En los centros hospitalarios desarrollan su actividad laboral profesionales de la sanidad de atención especializada, es decir, médicos especialistas.

La figura del celador se encontrará en ambas instituciones, siendo necesaria su intervención profesional, ya que realiza múltiples actuaciones de asistencia al resto del equipo sanitario.

En este capítulo se llevará a cabo una breve síntesis de las funciones llevadas a cabo por los celadores en los centros de salud y las funciones llevadas a cabo en los centros de hospitalización.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones realizadas en los centros de salud y en los centros de hospitalización por parte del personal subalterno.

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

FUNCIONES GENERALES REALIZADAS EN TODO CENTRO SANITARIO

- Trasladarán toda comunicación verbal o escrita de un servicio a otro dentro del centro sanitario.
- Trasladarán los aparatos sanitarios o mobiliario que le sean ordenados de un servicio a otro dentro del centro sanitario.
- Realizarán los servicios de guardias establecidos en los turnos rotatorios.
- Se ocuparán de que se haga un buen uso del material y lencería del centro sanitario, para ello, formarán a pacientes, familiares y usuarios para un uso adecuado de los enseres de la institución.
- No permitirán la entrada al centro sanitario al personal no autorizado por la dirección del centro.
- Comunicarán al servicio de limpieza las anomalías encontradas en el centro sanitario.

- Trasladarán a los pacientes de una unidad a otra dentro del centro sanitario.

FUNCIONES ESPECÍFICAS REALIZADAS EN LOS CENTROS DE SALUD O ATENCIÓN PRIMARIA

- Abrirán y cerrarán las puertas de las consultas médicas y de los cuartos de medicación.
- Abrirán y cerrarán las puertas de acceso al centro de salud.
- Trasladarán la correspondencia a la oficina de correos más cercana.
- Entregará a los pacientes los partes de baja, los resultados de analíticas y justificantes suministrados previamente por los médicos de cabecera.

FUNCIONES ESPECÍFICAS REALIZADAS EN LOS CENTROS DE HOSPITALIZACIÓN O ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- Realizarán la función de ascensorista para traslados de pacientes intervenidos quirúrgicamente, de pacientes que se encuentran o se dirijan a la unidad de cuidados intensivos, para pacientes que van a dar a luz de manera inmediata...
- No permitirán la permanencia en las habitaciones a los familiares no autorizados para ello, pidiéndoles que esperen en la sala habilitada para ello.
- Prohibirán que se fume en el interior de las habitaciones.
- Movilizarán a los pacientes encamados que por sus dolencias no pueda realizarlo por ellos mismos, para el aseo diario, cambio de ropa de cama o colocación y retirada de cuñas.
- Rasurarán a los pacientes masculinos que van a ser intervenidos. Esta actividad será realizada por el celador cuando el peluquero del centro hospitalario se encuentre ausente o por urgencia de la intervención.
- Auxiliar al equipo profesional del bloque quirúrgico, de la unidad de cuidados intensivos y de todas aquellas unidades en las que el paciente requiera un trato más delicado y especializado.
- Ayudará al equipo de enfermería a preparar al paciente recién fallecido para su posterior traslado al mortuario del centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo titulado “Funciones realizadas por el personal subalterno en los centros de salud y en los centros de hospitalización” nos demuestran, por un lado, las diferencias encontradas en la definición y el funcionamiento de un centro de atención primaria y un centro de atención especializada. Por otro lado, se hace referencia a las funciones realizadas por el personal subalterno, haciendo una clasificación entre funciones

generales para todos los centros sanitarios y las funciones específicas realizadas en los centros de salud y en los centros de hospitalización. Cabe destacar, que la realización de unas funciones u otras, además de depender del centro sanitario donde se desarrolle la actividad profesional, depende también del tipo de paciente, ya que los diagnósticos clínicos de un centro de salud son mucho más leves que los diagnósticos de un centro de hospitalización.

6 Bibliografía

- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- 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.
- Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.

Capítulo 178

CONTENCIÓN MECÁNICA, ÚLTIMO RECURSO TERAPÉUTICO. LA INTERVENCIÓN DEL CELADOR EN LA CONTENCIÓN MECÁNICA

MATEO ARAQUE MOLINERO

CRISTINA CAMUÑAS DOMÍNGUEZ

ARTURO VALENTIN GARCIA

ÁNGEL TORREJÓN ALCALÁ

ISMAEL GIL VALENTÍN

1 Introducción

Desde los orígenes de la psiquiatría, se ha utilizado la contención mecánica (a partir de ahora será CM), en sus inicios como modo de castigo y actualmente su uso es exclusivamente terapéutico.

Según la OMS “la contención mecánica es un método extraordinario con finalidad terapéutica, empleado en situaciones de emergencia que conlleven a una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o la integridad física del propio paciente o de terceros y que no puedan evitarse por otros medios terapéuticos”.

La CM es el último recurso terapéutico que será utilizado en situaciones muy extremas cuando ya se han agotado otras contenciones como la contención verbal,

contención ambiental y contención farmacológica para intentar controlar conductas que tienen alto riesgo para el paciente, para otros pacientes, la familia y profesionales sanitarios ya que vulnera el derecho de libertad del paciente.

La finalidad de esta contención, es la inmovilización parcial o total del paciente pero garantizando en todo momento su seguridad.

Este recurso, no sólo se utiliza en unidades de psiquiatría, sino en todas aquellas unidades y geriátricos donde los pacientes puedan presentar agitación, confusión, delirium, pacientes con nivel de conciencia alterado que se retiran sondas, vías...y que tienen alto riesgo de autolesionarse.

Resaltamos la importancia de:

Usar únicamente como medida terapéutica y cuando se han agotado otras contenciones: verbal, ambiental y farmacológica.

Utilizar para garantizar la seguridad del paciente, familia, otros pacientes y personal, de la misma forma que se podría garantizar la calidad asistencial.

Mantener esta contención el mínimo tiempo necesario y siempre con supervisión.

2 Objetivos

Describir los aspectos a tener en cuenta por el celador en relación con la contención mecánica, resaltando la importancia de emplear este método como último recurso terapéutico.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, hemos realizado una investigación basada en una revisión documental de la literatura que existe en google y google académico para describir la CM en un paciente con agitación psicomotriz intentando guiarnos por los protocolos existentes en el sistema nacional de salud.

Palabras clave: celador ,paciente, contención y agitación.

4 Resultados

El paciente agitado, presenta muchas dificultades de manejo ya que pueden llegar a ser agresivos y ponen en riesgo su vida, a familia, otros pacientes, personal sanitario...

Aquí la figura del celador ya debe permanecer junto con el personal sanitario y sin darnos cuenta estamos empezando una contención verbal, con un tono de voz calmado, manteniendo un contacto visual, siendo respetuosos en todo momento, tenemos que dejar que el paciente hable para que se sienta escuchado.

Nos mostraremos empáticos. No debemos entrar a discutir sino buscar pequeños pactos que tranquilicen al paciente, habrá que evitar juicios de valor e intentar buscar la causa que le ha hecho perder el control.

En función de las respuestas del paciente, se va valorando si esta contención ha sido o no eficaz.

Como coayuda a esta contención verbal tenemos un apoyo en las medidas ambientales propiciando que el entorno y el ambiente sea el adecuado como la iluminación, evitar ruidos, gritos además de introducir una persona que de confianza al paciente para tranquilizarse, enseñarle técnicas de relajación, hacer que se sienta cómodo en la cama o en el sillón...

Cuando las contenciones verbal y ambiental no han sido suficientes, habrá que recurrir a la contención farmacológica donde el objetivo es conseguir un grado de sedación suficiente que nos permita manejar la situación.

Es el médico responsable en cada momento el que da las pautas farmacológicas tras la valoración del paciente. La vía de administración más utilizada es la vía oral, pero dadas las características de estos pacientes, suele ser difícil de administrar, teniendo que recurrir a la vía intramuscular donde el celador tendrá que inmovilizar al paciente para su administración y habrá que intervenir de forma limpia y rápidamente.

Si se valora que el paciente puede perder el control por adoptar conductas peligrosas para él o para los demás, hay que garantizar la seguridad y en ese momento es el facultativo el que indica una contención mecánica en caso de urgencia y ausencia del facultativo, puede ser indicado por enfermería que inmediatamente lo pondría en conocimiento del médico.

No se debe iniciar esta intervención hasta no estar todo el personal necesario, el número ideal son cinco personas, como personal sanitario serían una enfermera que se encarga de dirigir la operación y tres o cuatro técnicos auxiliares de enfermería, como personal no sanitario estaría un celador y un vigilante de seguridad que sólo interviene si se le necesita. Se recomienda una persona para cada miembro y otra para la cabeza para evitar posibles daños.

Previo a la intervención, los celadores, prepararemos la cama asegurándonos que está bien frenada o anclada colocando la contención de la cintura en la misma, al mismo tiempo que revisaremos que tenemos todo el material necesario.

El personal que va a intervenir en la contención, no debe de portar objetos que

podrían resultar potencialmente peligrosos como bolígrafos, gafas, tijeras...de la misma forma, también se deben de retirar al paciente estos objetos para mantener seguridad para todos.

El material necesario para una CM es:

Cinturón abdominal ancho.

2 sujeciones para miembros superiores.

2 sujeciones para miembros inferiores.

Alargaderas para poder hacer empalmes y poder fijar mejor a la cama.

Botones y anclajes para cerrar todas las sujeciones con sus imanes.

Si el paciente no colabora, está agresivo o negativo, se procede a una reducción que inicia el celador aprovechando un momento que el paciente esté distraído girándolo de espaldas en el suelo y cada persona se encarga de una extremidad y otra de la cabeza para evitar que se pueda dañar, se traslada con la precaución de no forzar las articulaciones más de sus límites fisiológicos y se tumba en la cama en decúbito supino.

Podemos hablar de dos tipos de sujeción en función de las necesidades:

Sujeción completa: donde se inmoviliza el tronco y las cuatro extremidades.

Sujeción parcial: donde se inmoviliza el tronco y dos extremidades cruzadas (mano y pie contrarios).

Una vez contenido el paciente, se debe revisar la sujeción:

Comprobar que no existe una compresión excesiva en muñecas y tobillos que puede provocar otras lesiones a nivel de nervios y sistema vascular.

Comprobar si hay excesiva compresión en el cinturón abdominal que pueda dificultar la respiración.

La cabeza del paciente debe estar ligeramente levantada para evitar una aspiración.

Terminada la contención, debemos hablar con el paciente, explicándole que todas sus necesidades serán atendidas incluido el aseo, alimentación y eliminación y que con frecuencia se le visitará.

El celador, trasladará al paciente a la habitación adecuada para mantener una vigilancia, se procurará que la habitación sea individual por razones de dignidad y de intimidad. Se mantendrá vigilancia continua a través de video vigilancia y se pasará a la habitación cada dos horas para valorar el estado general.

La CM, tiene riesgo de complicaciones potenciales, por lo que se requiere una vigilancia continua:

Tromboembolismos.

Asfixia.

Fracturas, luxaciones...

Muerte súbita.

Broncoaspiración.

Isquemia periférica.

Compresión nerviosa.

Esta sujeción mecánica, debe durar el menor tiempo posible, como máximo debe ser de 12 horas, pero en situaciones excepcionales, se puede prolongar hasta 72 horas.

Cuando el facultativo lo considere por que ha cedido el cuadro de agitación y hay más autocontrol por parte del paciente, se procede a la descontención, esta debe de ser de forma progresiva, pasando de una contención total a una parcial y a continuación se suprime toda la sujeción. Nunca se debe de dejar al paciente sujeto solo de un miembro ya que podría dañarse o soltarse.

Cuando se inicia la descontención, debe de haber un mínimo de personal: celador, técnico auxiliar de enfermería y enfermera, si es posible que sea el mismo equipo de profesionales que puso la contención y que van valorando el estado del paciente.

En todo momento, la persona responsable informará al paciente y la familia de los pasos a seguir.

En ningún momento, se deben hacer comentarios que puedan humillar al paciente por su actitud.

No se debe utilizar la CM para sustituir una vigilancia.

Nunca será utilizada esta contención como medida de castigo.

A pesar de estar en el siglo XXI, todavía es mucho el rechazo que sufren los enfermos mentales, quizás por ignorancia y desconocimiento de la sociedad, hay que añadir a esto las medidas a las que son sometidos en algunas ocasiones estos pacientes que llegan a vulnerar sus derechos como personas, como es el caso de la CM.

En ocasiones estos pacientes han relatado sentimientos de angustia, impotencia o desesperación cuando han sido sometidos a estas técnica.

También en el personal implicado, el uso de la CM, puede provocar emociones como rabia, frustración, tristeza, fracaso...

Por tanto, existe confrontamiento desde el punto de vista ético entre el principio de autonomía ya que se está reduciendo la libertad del paciente y se está actuando en contra de su voluntad y el principio de beneficencia donde el personal tiene la obligación de velar para proteger al paciente intentando evitar auto y heteroagresiones.

En Salud Mental, el uso de una CM, implica que el ingreso hay que hacerlo involuntario, esto hay que comunicarlo al juzgado y en un plazo de 24 horas el

paciente será valorado por el forense y el juez, que darán conformidad al ingreso involuntario.

Hay una serie de preceptos legales que tienen relación con estas medidas (4):

Constitución Española: Art.17.1 “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de la establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley”.

Código Civil (Art.211) y Ley de Enjuiciamiento Civil (Art.763) sobre Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

Sobre el internamiento involuntario, es necesario la autorización judicial previa o a posteriori (en situaciones de urgencia) cuando se trata de una persona que no es capaz de tomar sus propias decisiones.

El art.763 dice: “El internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no está en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial...”

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Arts. 4, 5, 7, 8 y 9.

5 Discusión-Conclusión

La CM es el último recurso terapéutico al que se recurre una vez que se han agotado otras terapias como la contención verbal, ambiental y farmacológica en un paciente agitado.

El papel del celador es clave, ya que desde el principio, hay pacientes que inician un autocontrol al ver la figura del celador, además de intervenir en la contención verbal y ambiental colabora en la sujeción del paciente para administrar pauta farmacológica y es otro miembro más, indiscutible durante la CM.

La finalidad de esta medida es la de inmovilizar total o parcialmente al paciente para garantizar su seguridad, de la familia y del personal.

Esta medida de sujeción se utiliza en todas las unidades en las que se puede presentar un cuadro de agitación, confusión...y el paciente tiene riesgo de producirse lesiones.

Siempre tendremos en cuenta, que su uso es una medida terapéutica, nunca debemos usarlo como un castigo.

Esta inmovilización siempre será prescrita por el facultativo quien también valorará su retirada, pero en caso de urgencia puede ser enfermería quien tome la decisión, comunicándolo lo antes posible al médico.

Las maniobras de contención no se inician hasta que esté todo preparado y el personal indicado (cinco personas).

Una vez contenido el paciente es importante vigilar las extremidades y el abdomen para evitar otras lesiones.

Debe durar el menor tiempo posible. Durante el tiempo que dure esta sujeción, se atenderán todas las necesidades del paciente.

6 Bibliografía

Elsevier. (s/f). Elsevier. Elsevier.es. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.elsevier.es/>

<https://www.msdmanuals.com/>

MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f).

Medlineplus.gov. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 179

IMPORTANCIA DE LA CUALIFICACIÓN DEL CELADOR Y TODO EL PERSONAL SANITARIO EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS

MATEO ARAQUE MOLINERO

CRISTINA CAMUÑAS DOMÍNGUEZ

ARTURO VALENTIN GARCIA

ÁNGEL TORREJÓN ALCALÁ

ISMAEL GIL VALENTÍN

1 Introducción

Las endoscopias, son técnicas médicas complejas e invasivas que se utilizan por distintas especialidades.

El endoscopio, es el dispositivo flexible, que se introduce en el organismo a través de cavidades naturales o incisiones.

Actualmente, la endoscopia digestiva, se utiliza como método diagnóstico y terapéutico, con ello, ha descendido la mortalidad y se ha reducido la estancia hospitalaria y cirugías de algunos pacientes con patología digestiva.

Como método diagnóstico, además de visualizar el tubo digestivo, nos permite tomar muestras para biopsia donde se puede valorar la presencia de inflamación,

infección o cáncer, como método terapéutico, nos permite destruir tejidos malignos, extirpar pequeños pólipos y coagular vasos sanguíneos.

Se puede hablar de dos tipos de endoscopias:

Endoscopia digestiva alta, llamada gastroscopia.

Endoscopia digestiva baja o colonoscopia.

Ambas técnicas son complicadas ya que incluyen la administración de sedoanalgesia por vía intravenosa y en algunos casos son de riesgo elevado.

Otro factor importante a tener en cuenta durante la realización de una endoscopia gastrointestinal es la transmisión de enfermedades infectocontagiosas, por lo que haremos insistencia en la limpieza del material utilizado y en su desinfección y esterilización. El material utilizado se divide en tres categorías:

Material no crítico.

Material semi-crítico.

Material crítico.

2 Objetivos

Dar a conocer la técnica de la endoscopia y su utilidad, resaltando la importancia del papel del celador y personal sanitario en la unidad de endoscopias.

3 Metodología

Para poder realizar este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica donde hemos examinando libros y artículos de revistas publicadas en google, google académico y bases de datos como MedlinePlus, eligiendo determinados artículos que hemos considerado más representativos.

Palabras clave: Endoscopia digestiva, endoscopio, diagnóstico, terapéutico y desinfección.

4 Resultados

Una endoscopia es una técnica diagnóstica y terapéutica que consiste en la exploración de cualquier parte del organismo mediante la introducción de un endoscopio a través de un orificio natural, una incisión quirúrgica o una lesión para ver un órgano hueco o una cavidad. No solo se usan para ver el tubo digestivo, sino también el sistema urinario, el genital femenino, abdomen...aunque la técnica más extendida es la endoscopia digestiva.

El endoscopio, es un tubo fino y flexible con una cámara y luz en el extremo que al introducirlo permite ver un órgano hueco o una cavidad. Tiene distintos canales en su interior para introducir distintos instrumentos con los que se pueden realizar pruebas diagnósticas, tomar biopsias, extirpar pólipos e incluso cauterizar puntos sangrantes.

Los orígenes de la endoscopia digestiva, remontan a finales del siglo XIX con endoscopios largos y rígidos pasando hacia 1932 a ser semiflexibles introduciéndose en 1952 la gastrocámara, pudiendo ver a partir de aquí el esófago, estómago y duodeno con gran claridad.

Las modificaciones que a lo largo del tiempo ha tenido el endoscopio nos permite explorar el tubo digestivo, identificar lesiones sin apenas fallos diagnósticos y realizar maniobras terapéuticas en el mismo momento.

Durante una exploración endoscópica, se pueden hacer distintas cosas como por ejemplo:

Extirpación de pólipos.

Extracción de cuerpos extraños.

Dilatación de zonas estrechas.

Colocación de prótesis a lo largo del tubo digestivo e incluso de las vías biliares.

Tratamiento de hemorragias digestivas.

Extirpación de cálculos...

A nivel del aparato digestivo, podemos diferenciar entre:

Endoscopia digestiva alta o gastroscopia. En esta exploración, el endoscopio es introducido por la boca y nos permite ver la parte alta del tubo digestivo: esófago, estómago y duodeno.

Endoscopia digestiva baja o colonoscopia, donde el endoscopio se introduce a través del ano para observar la mucosa del intestino grueso y recto. Es la técnica más usada para estudiar el colon y el íleon terminal, permite la obtención de muestras y realizar tratamientos sobre determinados tumores, lesiones vasculares e inflamatorias.

Ambas técnicas son procedimientos rutinarios y complejos, se realizan bajo sedación por vía intravenosa, además en muchos casos se realizan técnicas terapéuticas de alto riesgo, por lo que es necesario que el personal sanitario y celadores de la unidad de endoscopias digestivas tengan una formación específica.

Todo el equipo de personal: anestesista, endoscopistas, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores deben de buscar cual es la posición más indicada y que el paciente pueda tolerar durante el tiempo que dure la técnica ya que está comprometida la seguridad del paciente.

Los profesionales que trabajan en las unidades de endoscopia, forman un equipo multidisciplinario y ofrecerán al paciente todos los cuidados que necesiten antes, durante y después de la endoscopia, por lo que deben de tener los conocimientos necesarios y concretos sobre la materia y poder así desenvolverse en esta especialidad en cuanto al manejo del material, mantenimiento del mismo para evitar complicaciones y que estas técnicas se desarrollen con éxito.

Un papel fundamental juega aquí el celador a la hora de colocar al paciente en distintas posiciones evitando daños potenciales.

Hay que buscar la armonía entre facilitar la endoscopia y aquella posición que no suponga riesgo de lesión para el paciente ya que un paciente sedado o anestesiado, no puede verbalizar sus sensaciones. La aparición de lesiones está relacionado a la falta de medidas de prevención.

Las posiciones más utilizadas son decúbito supino y decúbito lateral. En cualquier caso, siempre se mantendrá la privacidad y la dignidad del paciente.

El riesgo de contraer una infección durante una endoscopia digestiva se considera bajo, aunque depende de la finalidad de la endoscopia y situación basal del paciente.

El material usado en una endoscopia según el uso y la incidencia de producir infección, se clasifica en:

Material no crítico. Es el material que se usa sobre piel intacta como puede ser un pulsioxímetro, con bajo riesgo de producir infección y se puede limpiar con agua y jabón.

Material semi-crítico. Es el que está en contacto con piel no intacta y mucosas como el endoscopio, catéteres de electrocoagulación... el riesgo de infección es importante por lo que además de limpiarlo, hay que desinfectarlos.

Material crítico.

Es aquel material que penetra en el sistema vascular, en cavidades y tejidos estériles, hay rotura de la mucosa...

Aquí debe utilizarse material desechable.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a las endoscopias digestivas que realizan diagnósticos y en muchos casos tratamientos in situ, se ha disminuido los ingresos hospitalarios, la mortalidad y por lo tanto el número de cirugías.

Es necesario que todo el equipo que colabora en una endoscopia digestiva anestesista, endoscopista, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y

celadores estén lo suficientemente preparados para colocar perfectamente al paciente en la sala de endoscopias, para prevenir posibles daños.

En relación al material lo recomendable es utilizar material desechable, con respecto al endoscopio, la limpieza y desinfección es imprescindible tras la realización de una endoscopia aunque posteriormente se sometan a un proceso de esterilización para garantizar una técnica segura garantizando en todo momento la asepsia por la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

Home - Formacurae “La formación en cursos de dermoestética que necesitas”. (2019, noviembre 7). Formacurae. <https://www.formacurae.es/>

Elsevier. (s/f). Elsevier. Elsevier.es. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.elsevier.es/>

MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 180

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN CENTROS SANITARIOS

ARAMAR LÓPEZ CHAMORRO

1 Introducción

Una de las principales causas de bajas laborales de larga duración, o superior a tres días, en los centros de trabajo, serían los resbalones, tropiezo o caídas. No solo sería causa de baja, sino que también está considerada una de las principales causas de muerte accidental, sobre todo en las personas mayores, por ser más sensibles y propensas a este tipo de accidente.

Tanto en los centros de salud como en los hospitales, las caídas fortuitas podrían sucederle a cualquier persona que asista al mismo, no solo al personal que trabaja en él. Las enfermedades pueden disminuir los sistemas de alerta de un paciente, lo que provocaría un aumento del riesgo de caídas o tropiezos, haciendo que dichos pacientes tengan mayor probabilidad de sufrir esta clase accidentes.

Otro punto importante a destacar es que los centros de salud y hospital suelen ser más frecuentados por personas mayores, las que, debido a la edad, pueden padecer un déficit locomotor y de percepción sensitiva, lo que aumentaría considerablemente el riesgo de este tipo de accidentes.

Por todo ello, es muy importante, no solo formar a los trabajadores, usuarios y cuidadores para evitar este tipo de accidentes, sino que desde las instituciones se debe detectar y eliminarlas barreras que pueden aparecer en el propio centro y alrededores.

2 Objetivos

- Conocer el significado de lo que es una caída.
- Estudiar el ciclo para la instauración de una buena prevención de caídas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente sobre el riesgo y la prevención de caídas, así como las definiciones de los términos relacionados con el proceso y las fases que llevarían a un centro a tener una óptima prevención en este tipo de situaciones.

4 Resultados

Antes de empezar con la mejor forma de prevenir las caídas, es importante saber que significan los términos concretos. Según la Real Academia de la Lengua Española, una caída es: “la acción y efecto de caer o caerse”. Mientras que caer, según la misma fuente, sería: “la acción de perder el equilibrio hasta dar en tierra o cosa firme que lo detenga, siempre haciendo alusión a un cuerpo”.

La prevención de caídas es un importante indicador de la calidad de los cuidados en el ámbito asistencial. Las lesiones derivadas de las caídas exigen atención médica y pueden derivar en discapacidades, sobre todo en ancianos. Con esto se genera un elevado gasto sanitario, económico y social, por lo que es de vital importancia, los programas de prevención de caídas, en las instituciones, sobre todo las sanitarias.

Para evitar esta elevación en el gasto derivado de este tipo de accidentes, es necesario conocer un adecuado sistema de prevención de accidentes. Esto se realizaría mediante los siguientes puntos:

- Identificar las zonas de zonas que se pueden considerar peligrosas.
- Tomar las de decisiones adecuadas para cambiar esa situación de peligrosidad y ponerlas en práctica.
- Una vez que todo lo anterior se haya llevado a cabo, es necesario una comprobación de que las medidas han sido las correctas.

Las fases para la buena prevención de accidentes serían las siguientes:

- 1.- Identificación de problemas y planificación.

Es muy importante llegar a identificar que zonas son las de mayor riesgo de caídas, resbalones o tropiezos, así como saber cómo mejorar esta situación.

2.- Organización.

Las responsabilidades para asegurar la prevención de estos accidentes, deben estar debidamente claras entre el equipo destinado a la prevención.

3.-Evaluación.

Esta fase consiste en comprobar si las medidas tomadas son las correctas y si se están cumpliendo de forma adecuada.

4.- Control.

En esta fase se llevaría un registro de las actividades implantadas para la seguridad en el centro, realizando comprobaciones para comprobar que dichas medidas se están realizando adecuadamente.

5.- Supervisión y revisión.

Es muy necesaria una revisión cada cierto tiempo, para comprobar si con dichas medidas se reduce los accidentes y si después de los detectados en una primera ronda, aparece alguno más, que hubiera pasado desapercibido en un inicio.

Es muy importante tener en cuenta que es el director del centro sanitario es el responsable de la prevención de estos accidentes.

5 Discusión-Conclusión

Se estima que al año se producen 684.00 caídas mortales, convirtiendo este tipo de accidentes en la segunda causa de muerte en el mundo por traumatismo no voluntario, siempre por detrás de los accidentes de tráfico, que son la principal causa de muerte. Estos datos hacen que las caídas sean un importante problema de salud pública.

Por lo tanto, es muy importante la prevención en el campo de este tipo de accidentes. Desde los centros sanitarios se oferta una gran cantidad de formaciones y programas de prevención de caídas, tanto para pacientes como para cuidadores. Pero no solo se puede prevenir de este modo, las instituciones también han de trabajar para evitarlas. Un análisis del entorno y los elementos que pueden suponer un peligro es un punto clave para esta prevención.

6 Bibliografía

1. BURGOS, Agustín Míguez. Prevencion de resbalones, tropiezos y caidas en un centro sanitario. Recuperado de: https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2490/1/Prevencion-de-resbalones-tropiezos-y-caidas-en-un-centro-sanitario.html?no_redirect=true
2. PÉREZ, Juan Carlos Nogal, et al. Prevención de caídas en centros asistenciales. Nuberos Científica, (2020). Recuperado de: <http://www.ciberindex.com/index.php/nc/article/view/3025nc>
3. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (2023). Caída. Recuperado de: <https://dle.rae.es/ca%C3%ADda>
4. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (2023). Caer. Recuperado de: <https://dle.rae.es/caer?m=form>

Capítulo 181

EL CELADOR Y LA VIGILANCIA EN LOS CENTROS SANITARIOS

MUNIR MOHAMED ALI

1 Introducción

La labor que va a desempeñar el celador en los centros sanitarios es fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los pacientes, visitantes y personal sanitario. En cuanto a la vigilancia que va a desempeñar, el celador tiene como función principal la supervisión y control de los accesos que se producen al centro, tanto de las personas como de los vehículos, para garantizar la seguridad y evitar el ingreso de personas que no tienen autorización.

Además de esta función, el celador también va a tener responsabilidades en la vigilancia de determinadas áreas del centro sanitario, como son, por ejemplo: las habitaciones de los pacientes, las salas de espera, los pasillos, las áreas de descanso del personal sanitario, entre otras muchas. En estas áreas, el celador se va a encargar de velar por el orden y la seguridad del paciente, prevenir situaciones de riesgo y colaborar con el personal sanitario en caso de emergencias o situaciones críticas.

Es muy importante destacar que la labor del celador no solo debe limitarse únicamente a la vigilancia, sino que también debe estar enfocada en brindar atención, ayudar a los pacientes y visitantes del centro sanitario. Esto puede incluir la orientación en la ubicación de determinadas áreas del centro, la asistencia en el traslado de pacientes y la ayuda en situaciones de emergencia.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo de libro es conocer cuáles son las funciones de vigilancia que va a desempeñar el celador.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas, tales como: Medline, Pubmed, Scielo y Cuiden. También se ha realizado una búsqueda a través de diferentes páginas Webs de Internet. Para poder realizar la búsqueda se han usado los siguientes descriptores o palabras claves: celador, funciones de vigilancia, vigilancia...

4 Resultados

El trabajo que va a realizar un celador puede variar según el lugar donde se desempeñe, pero en general, sus funciones de vigilancia pueden incluir:

- Control del acceso al centro: los celadores van a estar a cargo de controlar el acceso al edificio o propiedad donde trabajan, asegurándose de que solo las personas autorizadas entran al lugar.
- Vigilancia de las instalaciones del centro: el celador va a tener que realizar rondas regulares para asegurarse de que todo está en orden y funcionando de una manera correcta. Esto puede incluir la inspección de equipos, sistemas de seguridad, cámaras de vigilancia y otros dispositivos.
- Prevención de daños y delitos: los celadores van a estar formados y entrenados para detectar cualquier tipo de actividad sospechosa y prevenir delitos como robos, vandalismo, etc. También pueden estar preparados para manejar situaciones de emergencia, como incendios o desastres naturales.
- Asistencia a los residentes o visitantes: los celadores pueden ser el primer punto de contacto para los residentes o visitantes en caso de que necesiten cualquier tipo de ayuda. Pueden brindar información, asistencia y solución a los problemas que puedan surgir.
- Informe de incidencias en el centro: los celadores suelen ser responsables de hacer informes detallados de cualquier incidente o actividad inusual que ocurra durante su turno de trabajo.

Es muy importante destacar que, aunque los celadores son las personas responsables de la vigilancia y la seguridad de los centros donde trabajan, su función no va a ser comportarse y actuar como agentes de la ley ni tomar medidas extremas para evitar situaciones de riesgo. En caso de cualquier situación de emergencia, deben comunicarse con las autoridades correspondientes y seguir los protocolos de seguridad establecidos por el centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En resumen y para terminar con este capítulo, podemos decir que la vigilancia es una tarea importante que forma parte del trabajo diario del celador en un centro sanitario, pero esta labor no debe limitar su compromiso con el bienestar y la atención a los pacientes y visitantes del centro.

El celador que tiene la función de vigilancia no va a tener que actuar como un agente del cuerpo de seguridad del estado ante situaciones de emergencias, ya que debe tener en cuenta y cumplir los protocolos que tiene el centro, por lo que ante una situación seria deberá llamar a los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado que serán los encargados de actuar.

6 Bibliografía

- Ocronos R. Funciones de Vigilancia del Celador [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021. Encontrado en: <https://revistamedica.com/funciones-vigilancia-celador/amp/>.
- Martín R. Funciones de Vigilancia del Celador: Fisiostar [Internet]. Fisioterapia - Lesiones - Tratamientos - Cursos Fisioterapia. 2018. Encontrado en: <https://fisiostar.com/celador/funciones-de-vigilancia-del-celador>.

Capítulo 182

EL CELADOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN. FUNCIONES REALIZADAS EN EL GIMNASIO HOSPITALARIO

PABLO SORIA HITADO

MARTA COLLADOS PLAZA

JORGE SORIA HITADO

1 Introducción

El personal subalterno realizará una serie de funciones durante el desarrollo de su jornada laboral, las cuales permitirán el funcionamiento continuo y adecuado de cada servicio del centro hospitalario.

Eso mismo ocurre en el servicio de rehabilitación, donde se encontrarán adscritos el número de celadores necesarios para el servicio. Este número dependerá de la cantidad de pacientes tratados en la unidad y de la lista de espera para recibir tratamiento de rehabilitación. Los celadores del servicio de rehabilitación llevarán a cabo funciones exclusivas de su categoría y funciones auxiliares al resto de categorías, permitiendo de esta manera el funcionamiento del servicio.

En la orden del 5 de julio de 1971, se encuentran recogidas de manera general las funciones realizadas por los celadores en las instituciones sanitarias. Las funciones encontradas en dicha orden, y que pueden ser llevadas a cabo en el servicio de rehabilitación son las siguientes:

- Tramitar comunicaciones verbales y escritas de un servicio a otro.
- Cuidar del correcto uso del material de la institución por parte de usuarios y pacientes.
- Vigilar las puertas de acceso.
- Controlar el orden y silencio en la unidad, tanto por parte de pacientes y usuarios, como de profesionales.
- Trasladar y movilizar a los pacientes de la unidad a otro servicio de la institución.
- No realizar comentarios sobre diagnósticos.

2 Objetivos

- Desarrollar las funciones realizadas por los celadores en el gimnasio hospitalario.
- Enumerar las funciones llevadas a cabo en el servicio de rehabilitación, las cuales se encuentran recogidas en la orden del 5 de julio de 1971, por la cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

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

Dentro del servicio de rehabilitación se encuentran diferentes unidades encargadas de favorecer la rehabilitación y recuperación de las habilidades físicas y psíquicas de los pacientes. Entre estas unidades se puede encontrar:

- Consultas médicas.
- Terapia ocupacional.
- Logopedia de pacientes adultos
- Logopedia de pacientes pediátricos.
- Suelo pélvico.

- Rehabilitación de pacientes adultos.
- Rehabilitación de pacientes pediátricos.
- Magnetoterapia...

La rehabilitación tanto de pacientes pediátricos como de pacientes adultos es llevada a cabo en los gimnasios de los centros hospitalarios, habilitados de materiales y aparatos que facilitan la actividad y recuperación de los pacientes.

FUNCIONES REALIZADAS POR LOS CELADORES EN LOS GIMNASIOS HOSPITALARIOS.

- Comprobar la existencia de balas de oxígeno en la unidad. Si se encontrasen vacías, encargarse de suministrar al servicio balas llenas.
- Contar con un número de sillas de ruedas adecuado a las necesidades de la unidad.
- Contar con un número de andadores adecuado a las necesidades de la unidad.
- Conocer el material utilizado en los gimnasios para su correcta distribución a los fisioterapeutas.
- Conocer las movilizaciones realizadas a los pacientes en la unidad, dependiendo de la zona corporal que se está trabajando para conseguir su rehabilitación.
- Trasladar a los pacientes desde su lugar de origen hasta el gimnasio hospitalario.
- Trasladar a los pacientes desde el gimnasio hospitalario hasta el servicio de ambulancias.
- Trasladar a los pacientes hospitalizados desde el gimnasio hasta las consultas demandadas.
- Auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en aquellas funciones que le sean designadas por sus superiores jerárquicos.
- Auxiliar al equipo de fisioterapeutas en aquellas funciones que le sean ordenadas por los mismos.
- Trasladar comunicaciones verbales y escritas desde el gimnasio hospitalario hacia el resto de las unidades del servicio.
- Auxiliar al fisioterapeuta y al técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la deambulación de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador adscrito a la unidad de rehabilitación. Funciones realizadas en el gimnasio hospitalario” nos muestran, en primer lugar, las funciones llevadas a cabo por los celadores en el servicio de rehabilitación.

En segundo lugar, nos especifica las funciones desarrolladas por los celadores en el gimnasio del hospital. Es de gran importancia destacar que los celadores que desarrollen su jornada laboral en el gimnasio de cualquier centro sanitario deberán poseer unos adecuados conocimientos sobre movilización de pacientes, ya que se requiere hacer movilizaciones específicas sobre pacientes con movilidad muy reducida. Del mismo modo, cabe destacar, que dicha movilización deberá ser coordinada y supervisada por el fisioterapeuta encargado de cada paciente.

6 Bibliografía

- Cordon, F., Garrido, J.M,Torres, A. El celador ante el paciente geriátrico. España. Formación continuada logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por la cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018

Capítulo 183

LA PROTECCIÓN DE DATOS DEL CELADOR

HELIODORO PECO SANCHEZ

ADRIÁN CASTILLO LÓPEZ

JUAN DANIEL SANCHEZ PEÑA

FRANCISCO JAVIER MOYANO

ISRAEL MUÑOZ RIVAS

1 Introducción

La confidencialidad es el derecho de las personas a que aquellos que conozcan datos suyos íntimos no puedan revelarlos ni utilizarlos sin autorización expresa. Dentro del ámbito sanitario cualquier paciente tiene derecho a la confidencialidad por parte del personal sanitario y no sanitario como lo es el celador, sea cual sea el soporte por el que les llegue la información, diferenciando confidencialidad de secreto, que es el deber de las personas que conocen ciertos datos de otros de no revelarlos sin su consentimiento o sin habilitación legal.

En el ámbito sanitario existe el secreto médico, que es el deber profesional en el que se incluye al celador de mantener oculta la intimidad del paciente y de no revelar los datos confidenciales de este para fines ajenos a la propia asistencia sanitaria mientras el paciente no lo autorice o no existan exigencias suficientemente importantes de bien público evitando daños a terceros.

La lealtad al paciente nos obliga a respetar su intimidad y autonomía. También es recomendable que el médico intente corroborar los datos que el paciente le aporta (siempre dentro del amparo de la legalidad), ya que muchas veces las declaraciones de los pacientes no suelen ser verídicas. En el siguiente capítulo trataremos de explicar cada uno de los términos relacionados con la confidencialidad y el paciente.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este capítulo:

- Desarrollar los conceptos relacionados con la confidencialidad y sus principios éticos en relación con la asistencia a los pacientes por parte de los celadores.

Como objetivo secundario:

- Analizar la legislación de referencia en el contexto de la confidencialidad en el ámbito sanitario para los celadores.

3 Metodología

En este capítulo se han utilizado las bases de datos de Pubmed, Medline, Scileo, legislación básica reguladora de la autonomía del paciente y una revisión bibliográfica sobre temas existentes relacionados con la confidencialidad en todo lo relacionado con el ámbito sanitario.

Se han utilizado diferentes textos que se encuentran las webs de los artículos científicos que se han consultado.

Palabras claves: secreto, confidencialidad, celador entre otros.

4 Resultados

Al analizar la legislación vigente debemos tener en cuenta los problemas jurídicos que pueden aparecer y se pueden plantear como, por ejemplo, el de la denuncia pública de los datos o conceptos que se saben en base a la atención médica. Referido al deber de denunciar lo establecerá el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada por dicha ley.

En cuanto al deber penal del médico lo encontraremos en el artículo 199 del código penal. La declaración obligatoria de las enfermedades infecciosas se establece en el Decreto 2210/1995 de 28 de diciembre. La intimidad del paciente se recoge tanto en el artículo 18.1 de la constitución como en la ley 41/2002 de 14 de noviembre, y en relación a los derechos de los pacientes los encontraremos en la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril en el artículo 10.1 Sobre la potestad de los colegios profesionales y el sometimiento de los medios a las normas deontológicas dictadas por los colegios aparecerán en la Ley de Ordenación de profesiones sanitarias. El secreto profesional aparecerá reflejado en la constitución en el artículo 24.2 párrafo segundo y en el código de ética y deontología médica.

El régimen sancionador se encontrará en los estatutos de la Organización Médico Colegial aprobado por el Decreto 1018/1980. Teniendo en cuenta que la información sanitaria de cada paciente está protegida por la confidencialidad hay momentos en que se puede divulgar esa información con fines legítimos de interés general, usando tal información con el debido criterio de proporcionalidad en relación a la causa que provoque tal divulgación, con el nivel más alto de seguridad y protección de datos.

5 Discusión-Conclusión

Queda clara la importancia de la confidencialidad tanto en el ambiente jurídico, sanitario y particular de las personas. Es vital formar e instruir al personal sanitario en garantizar el derecho a la confidencialidad para su posterior puesta en práctica en la relación que mantendrá con las personas que acuden a los centros sanitarios garantizando su intimidad y derecho a que se guarde el secreto profesional, y en este caso los celadores.

En la sociedad que actualmente vivimos tan necesitada de datos e información es más necesaria que nunca la protección del individuo ya sea con la confidencialidad como con la protección de datos, ya que cualquier filtración de índole personal podría causarle al individuo trastorno incluso psiquiátricos al ver expuesta su problemática. Por eso es imprescindible una buena educación sanitaria.

6 Bibliografía

- 1- Constitución española del año 78.

- 2- Código penal.
- 3- Ley de enjuiciamiento criminal.
- 4- Ley de ordenación de profesiones sanitarias.
- 5- Ley general de sanidad. 6- Organización medico colegial.
- 7- [www .eurosopac.org](http://www.eurosopac.org). 8-[www. Psicobioquimica.org](http://www.Psicobioquimica.org).

Capítulo 184

EL SERVICIO DE FARMACIA Y EL CELADOR

HELIODORO PECO SANCHEZ

ADRIÁN CASTILLO LÓPEZ

JUAN DANIEL SANCHEZ PEÑA

FRANCISCO JAVIER MOYANO

ISRAEL MUÑOZ RIVAS

1 Introducción

El Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, establece que la administración sanitaria del Estado es el organismo competente para valorar la idoneidad sanitaria de los medicamentos y demás productos sanitarios, y que los hospitales según sus cualidades deberán disponer de servicios o unidades de farmacia. Los hospitales que cuenten con 100 o más camas contarán con un servicio de farmacia con arreglo a lo establecido por ley, que estará bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista.

Los hospitales que no cuenten con servicio de farmacia, es decir, aquellos que tengan menos de 100 camas, deberán solicitar a la Comunidad Autónoma de la que depende el servicio de salud, la autorización para mantener un lugar donde se colocan los medicamentos bajo la supervisión y el control del farmacéutico.

Los servicios de farmacia hospitalaria estarán bajo la titularidad de un farmacéutico especialista, al que se sumarán farmacéuticos adicionales si las necesidades del servicio en cuanto a volumen, actividades y tipo de hospital lo requiriese. Dentro del personal de farmacia se encuentra el personal facultativo que será el jefe del servicio; y el personal no facultativo, que a su vez se divide en personal sanitario compuesto por supervisora, enfermería, personal auxiliar... y personal no sanitario que lo forman los celadores, administrativos, etc.

2 Objetivos

En este capítulo, se ha marcado como objetivo principal:

Conocer las características y funciones del servicio de farmacia, así como las funciones que realiza el celador destinado a dicho servicio.

Como objetivo secundario:

Mostrar el trabajo en equipo de los celadores con el resto del personal sanitario.

Mostrar la ergonomía en la farmacia para los celadores.

3 Metodología

Este documento se ha elaborado a través de la búsqueda activa de información en libros, artículos, revistas y diferentes páginas webs del ámbito sanitario. Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos usando para ello términos como farmacia hospitalaria, celador, unidosis.

Se han utilizado los textos académicos y científicos que se encuentran en las diferentes webs.

4 Resultados

Las funciones del servicio de farmacia son:

1. Asumir la responsabilidad técnica de la adquisición de medicamentos y productos sanitarios, garantizando su calidad y correcta conservación.
2. Preparar las fórmulas magistrales y otras que pudieran ser necesitadas.

3. Formar parte de las comisiones hospitalarias en que pueda ser útil su participación y de forma obligada.
4. Establecer un servicio de información de medicamentos, llevando a cabo actividades formativas de productos para el personal sanitario del hospital.
5. Procurar que el uso de los medicamentos sea lo más racional posible, para conseguir la máxima eficacia.
6. Mantener la vigilancia y estudios continuos sobre los efectos adversos del medicamento aplicado a los enfermos.
7. Establecer un sistema eficaz y seguro de distribución, y administración de medicamentos.
8. Informar sobre el gasto del hospital en especialidades farmacéuticas y otros productos sanitarios.
9. Efectuar trabajos de investigación y realizar actividades de colaboración con otros servicios o áreas relacionadas con su competencia.

Las farmacias se dividen internamente en diferentes áreas según la necesidad de cada hospital:

1. Almacenes generales.
2. Área de nutrición artificial.
3. Área de citostáticos.
4. Área de medicamentos especiales (estupefacientes, radiofármacos, termolábiles).
5. Área de farmacotecnia.
6. Área de análisis de medicamentos.
7. Área de dispensación farmacológica.
8. Área de administración y gestión.
9. Biblioteca y centro de información de medicamentos.

La distribución de los medicamentos y demás productos sanitarios se lleva a cabo

mediante dos métodos:

1. Método tradicional: Con este método se distribuyen cierta clase de medicamentos según las necesidades del servicio. Este método está bastante en desuso por los inconvenientes que genera, ya que puede correr el riesgo de contaminación y caducidad.

2. Método unidosis: Este método es el que en la actualidad se utiliza en los hospitales. Se mejora el servicio mediante la distribución individualizada de medicamentos de tal manera que se conserva mejor el medicamento, se evitan posibles confusiones a la hora de administrarlos a los pacientes y se controla mejor el gasto farmacéutico. Los pedidos son realizados por la supervisora de dicho servicio bajo una hoja de pedido y todo ello avalado por la correspondiente prescripción médica.

Esta medicación diaria se reparte de forma individual en unos carros donde los especialistas de farmacia la distribuyen para posteriormente ser trasladados a las diferentes plantas o unidades por un celador.

Las funciones del celador en el servicio de farmacia son las siguientes:

1. Recepción de material: El celador es el encargado de recepcionar los paquetes, bultos y envases que los proveedores suministran a la farmacia. Para ello debe comprobar que el material servido coincide con el que figura en los albaranes de entrega. En caso de error, no debe recepcionar el material y lo pondrá en conocimiento del responsable de farmacia.

2. Acondicionamientos del material: Una vez recepcionado el material el celador lo entregará al personal sanitario, junto con la copia del albarán, para que los servicios administrativos contabilicen la entrega del mismo. La farmacia pesada la acondicionará el celador, mientras que la farmacia ligera la acondicionará el personal correspondiente.

3. Transporte de material dentro de la farmacia: A parte de transportar el material que el mismo clasifica y acondiciona, el celador también se encargará de los movimientos de los bultos y cajas de gran volumen o peso dentro de la farmacia, cuando así se le requiera.

4. Distribución de medicación y demás productos a los distintos servicios del hospital: Esta tarea corresponde al celador de farmacia y en su ausencia, generalmente en turnos de tarde y noche, a los celadores de las distintas unidades que

soliciten los medicamentos y otros productos de la farmacia. El celador transporta los carros con los pedidos desde la farmacia hasta los puestos de enfermería de las plantas o servicios, entregando y recogiendo los documentos de comprobación firmados por la supervisora de planta o jefe de servicio.

5. Se realiza un transporte de los productos desde los servicios de los centros hospitalarios hasta la unidad de la farmacia por el celador.

6. Preparación del alcohol: El alcohol que se utiliza en las unidades del hospital es de 70°, para obtenerlo se diluye el alcohol comercial de 90° con agua destilada. La tarea de mezclar el alcohol se suele encomendar al celador y su posterior traslado a las unidades correspondientes.

7. Controles e inventarios: Debe realizar los recuentos periódicos del material del que sea responsable a efectos de inventario.

8. Custodia de la farmacia: El celador es el encargado de cuidar de la farmacia, controlando las entradas y salidas de personal, impidiendo que nadie ajeno al servicio se introduzca en el mismo. El control de medicación especial le corresponde a la supervisora.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de farmacia hospitalaria es fundamental para el desarrollo de la actividad dentro del mismo y como tal tiene unos objetivos claros y es garantizar la gestión, el uso y el control de los medicamentos, de tal manera, que debe de conseguir que cada paciente reciba la medicación adecuada a sus necesidades en tiempo y forma.

El celador destinado al servicio de farmacia formará parte del equipo ayudando a que las actividades se desarrollen con garantías recepcionando y acondicionando el material que llega, así como trasladando y distribuyendo a las distintas unidades del hospital la medicación y demás material sanitario.

6 Bibliografía

1. <http://www.boe.es/Ley>
29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y otros productos sanitarios.

2. [http://www.celadoresonline.blogspot.com/funciones del celador en farmacia.](http://www.celadoresonline.blogspot.com/funciones-del-celador-en-farmacia)
3. [http://www.cgtsanidadlpa.org/El celador de farmacia.](http://www.cgtsanidadlpa.org/El-celador-de-farmacia)
4. [http://www.goconqr.com/es/mindango/7159054/actuaci3n del celador en el servicio de farmacia.](http://www.goconqr.com/es/mindango/7159054/actuaci3n-del-celador-en-el-servicio-de-farmacia)
5. [http://www.revistamedica.com/farmacia hospitalaria.](http://www.revistamedica.com/farmacia-hospitalaria)

Capítulo 185

EL ALMACÉN Y EL CELADOR

HELIODORO PECO SANCHEZ

ADRIÁN CASTILLO LÓPEZ

JUAN DANIEL SANCHEZ PEÑA

FRANCISCO JAVIER MOYANO

ISRAEL MUÑOZ RIVAS

1 Introducción

La finalidad del almacén en una institución sanitaria es garantizar el aprovisionamiento de las distintas unidades y servicios en todo momento y al menor coste posible. Por estos motivos es necesario mantener un buen control y orden en el almacenamiento trazando un plan de aprovisionamiento de control y de salida, elaborando por parte de la gerencia un plan de compras adquiriendo solo lo necesario.

Los procedimientos de compra deben regirse por la ley 9/2017 de 8 de noviembre de contratos del sector público. Cada organismo de la institución sanitaria tendrá unas funciones. La petición del material es competencia de la sección administrativa de suministros quien procederá a la petición del material.

El control económico del almacén corresponde a la unidad de intervención siempre con el visto bueno de la gerencia del hospital. Es indispensable que haya una buena gestión tanto a la hora de realizar una compra de los materiales hasta a la hora de su almacenamiento y se gestiona para ocasionar el menor gasto posible.

El celador a pesar de tener diferentes funciones en un área sanitaria a día de hoy no tiene una formación teórica y práctica suficiente, ya que este gremio accede al empleo mediante concurso - oposición y no existe ningún ciclo formativo que complete su formación por eso desde hace ya tiempo se viene pidiendo una actualización de su estatuto y un ciclo formativo que permita una formación más exhaustiva.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las diferentes partes de un almacén en las que desarrolla sus funciones el celador.

Objetivos secundarios:

- Saber cuál es el funcionamiento que debe llevar un almacén para que no se acumulen mercancías y se pueda encontrar un producto lo antes posible.
- Exponer medidas de prevención a la hora de movilizar los paquetes en el almacén.

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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Se han utilizado textos en formato digital y papel.

Palabras claves: almacén, provisiones, celador entre otros.

4 Resultados

La figura del celador de almacén está contemplada en el acuerdo del consejo de ministros 26/06/1990 que modifica el real decreto Ley 3/1987 de 11 de septiembre, siendo funciones del celador:

- Recibir las mercancías aceptándolas o no, comprobando el número de bultos que coincida con el albarán sea correcto.
- Revisión del material recibido.
- Cargar y descargar la mercancía.
- Colocar los distintos artículos en el almacén.
- Comprobar que los vales de pedidos están cumplimentados correctamente.
- Preparar y distribuir los suministros internos a las plantas y servicios.
- Realizar un inventario tanto de las salidas como de las entradas del material.
- Informar al responsable del almacén de las entradas del material.
- Participar en el inventario general. Por estos motivos la figura del celador del almacén es tan importante en un centro sanitario para que esté pueda funcionar correctamente.

El almacén se divide en diferentes zonas:

- Zona de carga y descarga del muelle.
- Zona de recepción y control de mercancía.
- Zona de almacenamiento.
- Zona en la que se preparan los tejidos.
- Zona de salida de los productos.
- Zona de oficinas.
- Zonas especiales.

La gestión del almacén debe hacerse de manera que se economicen los recursos. Para ello debe de hacerse una gestión de los stocks controlando los artículos para evitar el desabastecimiento. Se tendrá en cuenta el intervalo de tiempo entre un pedido y el otro, el control del material y el material de reserva. En cuanto a la prevención en el almacén, en el caso del celador existen unos riesgos de caídas, de golpes, cortes, derrumbamiento de objetos, sobreesfuerzos, riesgos eléctricos, etc.

Por estos motivos el celador debe conocer bien las medidas de prevención de riesgos laborales y llevarlas a cabo usando todos los equipos de protección colectiva e individual a su alcance, evitando riesgos y poniendo en conocimiento de sus superiores todos los requerimientos necesarios para que estas medidas sean una realidad y pueda tener una seguridad en el trabajo como es debida.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver, el celador de almacén es una pieza fundamental para el funcionamiento del almacén, ya que es el encargado de recibir las diferentes mercancías que llegan a este y de su revisión y gestión. Gracias a las labores que el celador realiza todo el centro hospitalario tiene los materiales que precisan para poder desarrollar sus funciones.

Por este motivo debe de conocer unos aspectos fundamentales sobre el funcionamiento y gestión del mismo: desde la llegada de las mercancías comprobando que coincida el número de bultos y el material esté correcto (colocando de tal forma que caduquen las mínimas posibles y según su utilización).

6 Bibliografía

1. El celador de Landro Cruz ISBN: 978 84 15 728 54
2. Celadoresonline. [blogspot. com/almacen-hospitalario](http://blogspot.com/almacen-hospitalario)
3. Acuerdo del consejo de Ministros 26/06/1990 que modifica el Real Decreto Ley 3/1987.

Capítulo 186

HOSTIGAMIENTO Y ACOSO LABORAL (MOBBING)

ARAMAR LÓPEZ CHAMORRO

1 Introducción

Dentro de los trabajadores de un centro u organización, pueden surgir problemas en las relaciones, y estos cuando pasan el límite de los conflictos que pueden surgir en el día a día, son denominados como Mobbing. Este concepto hace referencia al acoso psicológico que se genera entre los miembros de un grupo de trabajo, pero esto no es solamente entre compañeros de la misma categoría, sino de diferentes.

En los hospitales, por la organización particular y el tipo concreto de trabajo que tienen, es uno de los más castigados por este tipo de problemas. En conclusión, según estudios el sector sanitario es uno de los más castigados por el mobbing, y por lo tanto sus trabajadores son más propensos a padecer otros trastornos de riesgo derivados de esta situación.

En el caso de los Auxiliares Administrativos, hay que destacar que este tipo de conflictos puede surgir con los propios compañeros, así como con personal médico o de enfermería, con administrativos, etc. dado que en su trabajo tiene relación con todos los anteriores.

Según la Comisión Europea, la violencia en el trabajo incluye tanto la violencia física como la psicológica. Este tipo de violencia incluye

1. Todo tipo de amenazas, actos violentos o ataques físicos hacia una misma persona y su trabajo en el grupo.

2. Este tipo de violencia se ejerce en cualquier ámbito que tenga relación con el centro laboral y el trabajo realizado, incluso llegando a afectar el hogar, si este acoso llega a traspasar las barreras del horario laboral.
3. Esta situación genera un ataque a la seguridad, bienestar y salud del trabajador acosado.

2 Objetivos

- Conocer a que hace referencia el término mobbing
- Saber qué aspectos incluyen la violencia en el trabajo
- Diferenciar el mobbing de otros roces laborales

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente sobre el hostigamiento laboral, también conocido como Mobbing, así como las definiciones de los términos relacionados con el proceso y las características de esta situación para diferenciarla de los roces laborales comunes.

4 Resultados

El detonante de una situación de acoso laboral puede ser causados por muchos aspectos, pero existen dos aspectos fundamentales que lo favorecen, uno es la propia organización laboral y el otro la gestión de los conflictos por parte de los superiores o directores del centro.

Es muy importante saber diferenciar el acoso laboral de otros roces que pueden surgir en el ámbito laboral, por ello hay que conocer el significado exacto de los términos implicados.

Según el diccionario de la Real Academia de la lengua española, “mobbing hace referencia a la voz inglesa con que se designa el hostigamiento al que, de forma sistemática, se ve sometida una persona en el ámbito laboral, y que suele provocarle serios trastornos psicológicos”. Debe sustituirse por el equivalente español acoso laboral.

En el diccionario panhispánico del español jurídico, se entiende por acoso laboral “como una acción encaminada a producir malestar, miedo o terror en una persona

o grupo de personas respecto de su lugar de trabajo, que afecta a la dignidad de los trabajadores y a su derecho a la intimidad”.

Según los últimos estudios, el sector sanitario y el educativo, son los que se ven más afectados por este tipo de problemas laborales, y por lo tanto estos trabajadores son más propensos a sufrir trastornos de riesgo derivados de estas situaciones, como podría ser el Síndrome de Burnout o de trabajador quemado.

Para evitar estos problemas, es muy importante conocer las principales características del mobbing, para así saber diferenciarlo de otras situaciones derivadas del día a día en el trabajo, como pueden ser: roces, incidentes diarios, los conflictos puntuales...

- El mobbing es un proceso: Es una situación repetitiva en el tiempo, comienza un día y no termina, ni proporciona un descanso a la víctima. La duración de esta situación varía dependiendo de cuanto sea capaz de aguantar a la víctima antes de rendirse o incluso llegar a abandonar su puesto de trabajo de forma definitiva. Es muy importante tener claro que este tipo de acoso no es algo puntual, ni pasajero. No debemos confundirlo con episodios donde compañeros o incluso superiores, están pasando un mal momento, o están estresados, y se producen roces puntuales en el tiempo.

- El mobbing tiene una finalidad de destrucción: La finalidad del mobbing es destruir a la víctima, provocando que pierda la confianza en sí misma, llegando a dudar de sus capacidades, perdiendo su autoestima. Todo esto puede derivar en el abandono de la víctima de su puesto o centro de trabajo, incluso llegando a renunciar a sus propios derechos.

- El mobbing va acompañado de actuaciones hostiles: Cuando esta situación comienza, lo hace con acciones que a primera vista parecen insignificantes, y no se les da importancia, pero la intensidad va aumentando, y cuando el acosado se da cuenta de lo que está viviendo, ya es demasiado tarde.

No se deben confundir las acciones de animadversión de un proceso de mobbing, con las salidas de tono que, en un momento determinado, cualquiera puede cometer con sus compañeros, y que quedan en algo meramente anecdótico después de una charla, explicando calmadamente el porqué de esa explosión.

En el mobbing las formas en que se acosa a la víctima son variadas, son meditadas, y no son fruto de un cabreo instantáneo, son calculadas, y ejecutadas en el momento y el contexto más oportunos para que el acosador consiga el objetivo final de desestabilizar a la víctima.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, se podría considerar el acoso laboral o mobbing como una forma de estrés laboral, pero sin perder de vista que esto no lo produce solo el desempeño del trabajo de la persona, sino que tiene su detonante en las relaciones entre los usuarios y/o trabajadores que se generan en los centros de trabajo.

Una de las características de este acoso sería que es un conflicto totalmente desigual entre las partes, la parte acosadora tiene más recursos, apoyos y/o una mejor posición que el trabajador acosado. El agresor o, en su caso, grupo de agresores, utilizan siempre algún tipo de argumento o estatus de poder, dentro de los que se pueden destacar la fuerza física, la antigüedad dentro del centro, la popularidad dentro del grupo o el nivel jerárquico en el trabajo, para llevar a cabo estos comportamientos de maltrato.

6 Bibliografía

1. Acoso laboral en el sector sanitario. Revista médica (2022). Recuperado de: <https://revistamedica.com/acoso-laboral-sector-sanitario/>
2. GARCÍA-IZQUIERDO, Mariano, et al. Bienestar psicológico y mobbing en una muestra de profesionales de los sectores educativo y sanitario. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 2006, vol. 22, no 3. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2313/231317121009.pdf>
3. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (2023). Mobbing. Recuperado de: <https://www.rae.es/dpd/mobbing>
4. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (2023). Acoso laboral. Recuperado de: <https://dpej.rae.es/lema/acoso-laboral>

Capítulo 187

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIO DE LOS CENTROS SANITARIOS. ACTUACIÓN Y FUNCIONES REALIZADAS POR EL PERSONAL SUBALTERNO EN PARITORIO

PABLO SORIA HITADO

MARTA COLLADOS PLAZA

JORGE SORIA HITADO

1 Introducción

El paritorio es la localización física dónde vienen al mundo los recién nacidos en los centros sanitarios hospitalarios.

La localización de esta unidad debe estar próxima a:

- El servicio de neonatología, por si algún recién nacido necesita cuidados neonatales de inmediato-
- La unidad de cuidados intensivos pediátricos, por si un recién nacido necesita el ingreso urgente e inmediato en la unidad.
- La planta de tocología, para que el traslado de la paciente embarazada antes de dar a luz no sea un trayecto largo y molesto.
- El bloque quirúrgico, por si se requiere la realización de una cesárea.

Dentro del equipo médico, desarrollarán su actividad profesional las siguientes especialidades:

- Ginecólogo. Médico especialista en el tratamiento del aparato reproductor femenino y de sus enfermedades.
- Pediatra. Médico especialista en el tratamiento de las enfermedades de los niños.
- Neonatólogo. Médico especialista en el tratamiento de enfermedades de los recién nacidos. Su actuación será desde el momento del nacimiento hasta las próximas cuatro semanas.

El resto de las categorías profesionales que desarrollan su actividad en el servicio de paritorio son:

- Enfermería.
- Matrona. Enfermera especialista en la asistencia de partos.
- Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).
- Celador.

Como se puede comprobar, los celadores son un miembro más del equipo asistencial del servicio de paritorio. Durante el desarrollo de este trabajo, se expondrán las funciones llevadas a cabo por los celadores.

2 Objetivos

- Definir los términos de paritorio, matrona, pediatra, neonatólogo, ginecólogo...
- Conocer las funciones llevadas a cabo por los celadores con la paciente embarazada antes, durante y después del parto.

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

FUNCIONES REALIZADAS EN EL SERVICIO DE PARITORIO

Las funciones realizadas por el personal subalterno en el servicio de paritorio dependerán de la organización y el funcionamiento de cada centro sanitario, sin

embargo, hay funciones generales realizadas en todos los centros sanitarios hospitalarios.

- Trasladar el material para esterilizar al servicio de esterilización.
- Recoger del servicio de esterilización el material esterilizado del servicio.
- Trasladar la ropa de cama y la lencería necesaria al servicio de paritorio, así como los pijamas de los profesionales. Una vez finalizado el turno, trasladar la ropa sucia a la lavandería.
- Comprobar la existencia de balas de oxígeno, para su reposición si fuese necesario.
- Trasladar la medicación solicitada al servicio de farmacia del centro sanitario hospitalario, desde la unidad de farmacia hasta el servicio de paritorio.
- Trasladar el pedido semanal del material necesario al almacén general del centro hospitalario. Una vez ha sido preparado, el celador lo recogerá en el almacén general y lo trasladará al servicio.
- Trasladar el pedido semanal de sueros al almacén general de sueros del centro hospitalario. Una vez ha sido preparado, el celador lo recogerá en el almacén y lo trasladará al servicio.
- Trasladar las muestras biológicas y analíticas desde el servicio hasta los correspondientes laboratorios.
- Trasladar las muestras biológicas desde el servicio hasta el servicio de anatomía patológica.
- Trasladar a las pacientes que van a dar a luz desde la unidad de tocología hasta el paritorio.
- Trasladar a las pacientes desde monitores hasta la sala de paritorio.
- Aquellas funciones análogas que le sean encomendados por sus superiores más inmediatos. En el caso del personal adscrito al servicio de paritorio, será la supervisora de la unidad su superior más inmediato en la unidad.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo científico titulado “El papel del celador en el servicio de paritorio de los centros sanitarios. Actuación y funciones realizadas por el personal subalterno en paritorio” nos demuestra la actuación realizada por el equipo profesional de la categoría de personal subalterno.

Como se ha podido comprobar, una de las funciones exclusivas del celador es el traslado al paritorio de las pacientes que van a dar a luz, por lo que cabe destacar

que dependiendo de las características presentadas por cada paciente, será necesaria el acompañamiento de la paciente por parte de un equipo médico o de enfermería, es por ello que los celadores se deben negar a realizar en solitario los traslados hasta el paritorio, al no ser personal sanitario.

6 Bibliografía

- Diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE).
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- 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.
- Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. España. Centro de estudios Adams. 2007

Capítulo 188

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE FARMACIA DEL HOSPITAL

MARIA JOSE RIVERO RAYA

1 Introducción

La unidad de farmacia en un hospital es un área especializada en la gestión y dispensación de medicamentos y suministros médicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Es una parte crítica del sistema de atención médica y es importante porque garantiza la seguridad del paciente, ya que es responsable de asegurarse de que los medicamentos y suministros médicos sean seguros y efectivos para su uso en pacientes, lo que ayuda a prevenir errores y mejorar la calidad de la atención médica. Y es el auxiliar administrativo precisamente el encargado de realizar todas estas funciones dentro del departamento de farmacia. También proporciona acceso a medicamentos y suministros médicos y asegura que los pacientes tengan acceso a los medicamentos y suministros médicos necesarios para su tratamiento. Esto es especialmente importante para pacientes hospitalizados que dependen de la farmacia para obtener sus medicamentos (1).

Esta unidad también se encarga de gestionar correctamente el inventario de medicamentos y suministros médicos para que estén disponibles cuando se necesitan, y de mantener un registro preciso de los medicamentos que se administran a los pacientes. De aquí deriva la importancia de trabajar en estrecha colaboración con otros departamentos del hospital, como enfermería y médicos, para garantizar que los pacientes reciban la atención médica adecuada y oportuna.

En resumen, la unidad de farmacia es un componente vital del sistema de atención médica en un hospital, y es fundamental para garantizar la seguridad del paciente, proporcionar acceso a medicamentos y suministros médicos, controlar y gestionar el inventario de medicamentos, colaborar con otros departamentos y cumplir con las normas y regulaciones establecidas.

2 Objetivos

- Explicar las actividades relevantes que debe realizar un auxiliar administrativo en una unidad de farmacia dentro del centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva de libros, así como una revisión de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, mediante la selección de artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en la unidad de farmacia de un hospital desempeña varias funciones importantes para garantizar el funcionamiento eficiente y seguro de la farmacia. Algunas de las funciones que podría desempeñar incluyen la recepción y gestión de pedidos ya que el auxiliar administrativo puede recibir los pedidos de medicamentos y suministros médicos de diferentes unidades del hospital y asegurarse de que se procesen y entreguen en tiempo y forma (2).

Otra función importante es que también se encarga del control de inventario y es responsable de mantener un registro actualizado del inventario de medicamentos y suministros médicos en la farmacia, incluyendo la fecha de vencimiento de los medicamentos y la cantidad de existencias.

Además, el auxiliar administrativo es responsable de mantener registros precisos y completos de los medicamentos que ingresan y salen de la farmacia, así como de mantener registros de los pedidos y entregas. Esto incluye procesar las facturas y los pagos de los proveedores de medicamentos y suministros médicos.

La atención al cliente también entra dentro de las funciones del auxiliar ya que puede interactuar con pacientes y personal del hospital para proporcionar in-

formación sobre medicamentos y suministros médicos, así como para responder preguntas y resolver problemas relacionados con la farmacia. De ahí su importancia con la coordinación con otros departamentos como enfermería y contabilidad, para garantizar un flujo de trabajo eficiente y coordinado (3).

Este profesional también se debe asegurar de que en la unidad de farmacia se cumplen con las normas y regulaciones establecidas por las autoridades sanitarias, lo que ayuda a garantizar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención médica.

En general, el auxiliar administrativo en la unidad de farmacia del hospital tiene un papel importante en la gestión de los medicamentos y suministros médicos del hospital, así como en la atención al cliente y la colaboración interdepartamental.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en la unidad de farmacia de un hospital es de gran importancia para garantizar un funcionamiento eficiente y seguro de la farmacia. Este profesional es responsable de tareas críticas como la gestión de pedidos, el control de inventario, el mantenimiento de registros precisos, el procesamiento de facturas y pagos, la atención al cliente y la colaboración con otros departamentos del hospital.

La contribución del auxiliar administrativo en la farmacia del hospital es esencial para garantizar la seguridad del paciente, la disponibilidad de medicamentos y suministros médicos, y el cumplimiento de las regulaciones y estándares de calidad en la atención médica. En resumen, el auxiliar administrativo es un miembro valioso del equipo de farmacia en un hospital y su papel es vital para el buen funcionamiento de la unidad de farmacia y el éxito de la atención médica.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/labor-auxiliar-administrativo-unidad-farmacia-hospitalaria/>
2. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>
3. <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/auxiliares/area2.pdf>

Capítulo 189

PERSONAL DE CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO DE CENTROS HOSPITALARIOS Y LOS RIESGO ELÉCTRICOS EN LOS HOSPITALES

DAVID ABAD GONZÁLEZ

JUAN CANO PATERNA

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

JAIME LOPEZ LOZANO

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

1 Introducción

Si miramos a nuestro alrededor, nos daremos cuenta de que la electricidad está presente en todas partes. Se ha convertido en el tipo de energía más utilizada y nos rodea tanto en nuestras casas como en el trabajo debido en gran parte a que es una energía limpia, es decir, no se ve, no se oye y no se huele. Esto la convierte en una fuente de riesgo para las personas y sus bienes debido a que no se dispone de los conocimientos y medios adecuados para su utilización.

Es por ello por lo que debemos tener en cuenta el riesgo eléctrico, que hace referencia a la posibilidad de contacto del cuerpo humano con la corriente eléctrica, es decir, la posibilidad de circulación de esta por el cuerpo humano.

Los contactos con la corriente eléctrica pueden ser de dos tipos:

- Directos: cuando la persona entra en contacto con partes activas de la instalación o elementos habitualmente en tensión.
- Indirectos: cuando la persona entra en contacto con algún elemento que accidentalmente está en tensión.

En los centros hospitalarios, el riesgo eléctrico puede producirse por fallos en las instalaciones eléctricas (transformadores, grupos electrógenos, enchufes, cuadros eléctricos), equipamientos electromédicos (aparatos de lectura y control de diagnóstico, de reanimación), equipos de oficinas (ordenadores, impresoras), herramientas eléctricas empleadas por personal de mantenimiento (taladros, lijadoras, amoladoras), etc.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los efectos del paso de la corriente por el cuerpo humano.

Objetivos secundarios:

- Describir los factores que influyen en los efectos del contacto eléctrico.
- Exponer las principales medidas preventivas frente al riesgo eléctrico.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de las principales notas técnicas y guías publicadas por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) relacionadas con el riesgo eléctrico. Revisión bibliográfica de bases de datos, consulta de guías y protocolos hospitalarios.

4 Resultados

Efectos de la corriente:

El paso de la corriente por el cuerpo humano puede ocasionar lesiones físicas secundarias como son golpes, caídas etc. hasta una fibrilación ventricular que puede provocar el fallecimiento de la persona.

- Fibrilación ventricular: movimiento anárquico del corazón, que deja de bombear sangre a los órganos y, a pesar de que esté en movimiento, no sigue su ritmo regular de funcionamiento.
 - Quemaduras: como consecuencia de la energía térmica producida por la corriente eléctrica que atraviesa el organismo. Puede provocar enrojecimiento, hinchazón e incluso carbonización.
 - Tetanización: movimiento incontrolado de los músculos que se produce al paso de la corriente. Dependiendo de por donde circule la corriente vamos a perder el control de brazos, manos, músculos pectorales, etc.
 - Asfixia: alteración del centro nervioso que regula la función respiratoria debido al paso de la corriente pudiendo ocasionar el paro respiratorio.
- Tales efectos son por lo general reversibles, pero de manera frecuente dejarán la marca por el paso de la corriente.

Principales factores que influyen en el efecto eléctrico:

- Intensidad de la corriente: factor principal que más incide en los efectos y lesiones ocasionados por el accidente eléctrico:
 - Umbral de percepción: valor mínimo de corriente eléctrica que genera una percepción en la persona al paso de esta.
 - Umbral de reacción: valor mínimo de la corriente que produce una contracción muscular.
 - Umbral de no soltar: cuando se están sosteniendo unos electrodos, es el valor máximo de la corriente que permite soltarlos.
 - Umbral de fibrilación ventricular: valor mínimo que puede llegar a desencadenar la fibrilación ventricular.
- Duración del contacto eléctrico: a menor tiempo de contacto, menores serán los efectos que puede generar un mismo valor de corriente.
- Capacidad de reacción del cuerpo humano: su importancia en el resultado del accidente depende de la tensión, frecuencia y duración del paso de la corriente; de la dureza, temperatura y grado de humedad de la piel; de la superficie de contacto; de la presión de contacto, etc.
- Tensión aplicada: en sí misma no es peligrosa, pero depende también de la intensidad de la corriente y de la resistencia del cuerpo (Ley de Ohm).
- Frecuencia de la corriente alterna: las frecuencias más altas son menos peligrosas que las bajas.
- Recorrido de la corriente a través del cuerpo: la gravedad depende del recorrido de la misma a través del cuerpo. Una mayor trayectoria genera una mayor resistencia y por tanto una menor intensidad, sin embargo, no quiere decir que las lesiones que se puedan producir sean menores, ya que se puede dar el caso de

que atravesase órganos vitales (pulmones, corazón hígado) generando lesiones de gran importancia. Las zonas del cuerpo por donde puede circular la corriente y generar los daños más graves son el tórax y la cabeza.

Normas básicas de prevención:

- Antes de utilizar cualquier dispositivo eléctrico hay que comprobar el estado del cable.
- Antes de desconectar o desenchufar un equipo o máquina, hay que apagarlo con su interruptor.
- Para desconectar máquinas, herramientas o cualquier dispositivo eléctrico nunca se debe tirar del cable. Siempre hay que hacerlo cogiendo la clavijaconector y tirando de ella.
- Nunca se deben sobrecargar los enchufes con el uso de ladrones.
- Nunca se deben manipular elementos eléctricos con las manos mojadas, ni en ambientes húmedos o mojados accidentalmente.
- Nunca se deben modificar ni eliminar las protecciones de los diferentes equipos, instalaciones o sistemas.
- Se prestará atención a los calentamientos anormales en motores, cables, armarios y equipos.
- Nunca se tocará directamente a una persona electrizada.
- Para apagar un fuego eléctrico se empleará un extintor de clase C, nunca se intentará apagar con agua.
- Hay que desconectar de la red eléctrica las herramientas y equipos antes de proceder a su limpieza, ajuste o mantenimiento.
- Si se carece de formación y autorización, no realizar trabajos en instalaciones eléctricas.
- Las instalaciones eléctricas deben permanecer en buen estado y ser sometidas a revisiones periódicas.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario debido a la sensibilidad de los equipos médicos es muy importante tener una instalación eléctrica adecuada, en correcto estado y con un mantenimiento periódico para así reducir el riesgo eléctrico tanto entre los profesionales como en el caso de los pacientes. Por ejemplo, el uso frecuente de dispositivos electromédicos en quirófanos supone un riesgo de electrocución para los pacientes que puede causar daños irreversibles e incluso la muerte.

En el caso de localizar cualquier fallo en la instalación o dispositivos, hay que dar aviso al personal de mantenimiento para que envíen al personal capacitado

y autorizado.

6 Bibliografía

1. Insst.es. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: <https://www.insst.es/documents/94886/203536/Gu%C3%ADa+t%C3%A9cnica+para+la+evaluaci>
2. Insst.es. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_400.pdf/d3258cf4-bcbb-4a13-83e0-aa53d24d4c5b.
3. Video - Riesgo eléctrico: las cinco reglas de oro - Año 2019 [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/videoriesgoelectrico-las-cinco-reglas-de-oro-ano-2019>.
4. Comunidad.madrid. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: <https://www.comunidad.madrid/hospital/laprincesa/file/2949/download?token=3IO7D3z->.
5. Web.unican.es. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: <https://web.unican.es/unidades/prevencion/Documents/Normativa%20UC%20y%20Legislac>

Capítulo 190

PERSONAL DE CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO DE CENTROS HOSPITALARIOS CONTRA LOS INCENDIOS

DAVID ABAD GONZÁLEZ

JUAN CANO PATERNA

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

JAIME LOPEZ LOZANO

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

1 Introducción

La capacitación del personal de mantenimiento del hospital, con el objetivo primario de crear en él conciencia sobre la importancia de que se adopten medidas de prevención, es fundamental para que la respuesta del mismo en caso de desastre sea pronta y eficiente.

Para tal propósito, la tarea de interesar a un personal multidisciplinario e involucrar en forma organizada su participación en un objetivo común y capacitarlo en aspectos muchas veces alejados de su propia disciplina, es indispensable para la obtención de resultados adecuados.

Es ese el objetivo primordial de la siguiente presentación, en donde se plantea la metodología que permite integrar al personal del hospital en forma organizada,

en la elaboración del Plan de Seguridad del mismo y a la vez presenta un listado de posibles riesgos que acorde a la propia realidad del hospital dicho plan debe contemplar, ofreciendo a la vez una guía de posibles acciones a optar de acuerdo a las posibilidades de infraestructura de cada hospital.

Ante la peligrosidad de que ocurra un desastre, las medidas adoptadas para mitigar sus efectos podrán restarle magnitud al riesgo. Existe diferencia entre la peligrosidad y el riesgo de los desastres. La peligrosidad o amenaza de que ocurra un desastre es una condición natural, generalmente no controlada por el hombre, a quien únicamente le queda enfocar sus esfuerzos para tratar de predecir la ocurrencia del mismo.

El riesgo del desastre depende de la vulnerabilidad de las obras hechas por el hombre y su magnitud dependerá únicamente de las medidas de prevención que se hayan tomado con anterioridad para mitigar sus consecuencias. Así, mientras la peligrosidad del desastre existe como condición natural, el riesgo del mismo es creado por el hombre y puede ser a veces incrementado por él, al descuidar en sus obras los aspectos de prevención.

Se requiere para una correcta actuación:

- Conocer las áreas de riesgo: la estructura de los edificios, con más riesgo en almacenes y archivos de historias (si todavía existen).
- Conocer los efectos del fuego: asfixia por humo, quemaduras y traumatismos y heridas en salidas precipitadas y con pánico.
- Identificar el tipo de fuego y sofocarlo lo antes posible siguiendo un plan de prevención y formación.
- Prevenir las señaladas en la legislación vigente: seguridad en las instituciones sanitarias, tanto hospitales, centros de salud desde su construcción, estructuras resistentes al fuego, compartimentación por sectores, evacuación horizontal y no vertical.

2 Objetivos

objetivos principales del capítulo:

- Indicar y profundizar en la prevención contra incendios en el ámbito sanitario del personal de mantenimiento hospitalario.

3 Metodología

Para realizar este capítulo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente sobre actuación correcta ante el

fuego en el ámbito sanitario. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos:

Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: incendio, calma, extintores, alarma, señalización, organización, formación, áreas de riesgo, efectos y prevención.

4 Resultados

Adiestramiento del personal hospitalario:

Entrenar y orientar a todo el personal del hospital: la capacitación y entrenamiento de todo el personal del hospital en los aspectos básicos de seguridad es indispensable para obtener resultados positivos en la implantación del plan de seguridad del hospital. El ejecutivo de seguridad, deberá elaborar y ejecutar programas de capacitación y entrenamiento general, con el objetivo primario de concientizar a todo el personal sobre la importancia de la seguridad en el hospital. Estos programas deberán ser establecidos en el hospital en forma permanente, continuada, y con cobertura general a todo el personal del mismo. Deberán ser diseñados para que sean didácticos, interesantes y motivadores, organizando cursos, charlas, entrenamientos prácticos, simulacros y utilizando afiches y avisos pegados en las paredes.

Para lograr el propósito de tener cobertura general en la instrucción, el ejecutivo de seguridad deberá planificar las actividades para que sean accesibles a todos los turnos de trabajo, procurando que estas no se disloquen con la llegada de nuevos empleados, para quienes deberá elaborarse un plan especial de entrenamiento.

Organizar simulacros periódicos y evaluarlos: el ejecutivo de seguridad, conjuntamente con los miembros del comité de seguridad del hospital, deberá organizar la realización de simulacros periódicos para poner en práctica las medidas de seguridad adoptadas en el manual de seguridad, y evaluar sus resultados y la capacidad de respuesta del hospital en un desastre. Solamente por medio de la realización de simulacros periódicos, podrá conocerse el grado de capacitación y coordinación del personal del hospital en caso de desastres. Los simulacros deben realizarse periódicamente: Los simulacros deberán realizarse por lo menos dos veces al año, y deberán planificarse y montarse para que su desarrollo sea lo más cercano posible a las condiciones reales.

Durante la realización de los simulacros, deberá asignarse personal entrenado para observar y calificar la actuación del personal del hospital, y efectuar posteriormente una evaluación conjunta de los resultados del mismo. Esta evaluación

deberá comunicarse a todo el personal que participó en el simulacro en sesiones de trabajo, haciéndole ver los aciertos y errores de su actuación. El informe final de la evaluación del simulacro, deberá ser presentado por el ejecutivo de seguridad al comité de seguridad, quien deberá a su vez, revisar el manual de seguridad del hospital, para modificarlo en caso necesario.

Respecto a un incendio, el calor que se produce en la combustión se propaga de tres formas:

- Radiación: emisión continuada de calor a través de ondas.
- Conducción: mecanismo de intercambio de calor que se produce de un punto caliente a otro más frío, a través de un medio conductor.
- Convección: es el proceso de transmisión de calor a través de un fluido en movimiento.

Para combatirlo deberemos:

- Organizar al personal: asignando a cada uno su función para evitar el caos en caso de incendio.
- La extinción se haría por:
 - Enfriamiento.
 - Suspendiendo el oxígeno (sofocación).
 - Interrumpiendo la reacción en cadena (Inhibición).
 - Alejamiento.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad del hospital es responsabilidad de todos. Cada persona que desempeña un cargo dentro del hospital es indispensable para garantizar la adecuada prestación de los servicios y la seguridad en caso de desastres.

El personal de mantenimiento es responsable por la seguridad de la infraestructura y equipos y trabaja para lograr un adecuado plan de mantenimiento del edificio, equipos e instalaciones:

- Se debe prestar especial atención a los cuadros de mando eléctricos.
- Detección humana y detección automática para las zonas inaccesibles al humano.
- Dotación de medidas de protección adecuadas: detectores, extintores, etc.
- Mantenimiento preventivo y periódico de los equipos.
- Utilización de medios de prevención y equipos de protección.

Sistemas de protección:

- Pasiva.
- Señalización (visible y clara).

- Alumbrado de emergencia.

6 Bibliografía

1. Sagehome.H. Por un trabajo mejor: Guía de análisis de las condiciones de trabajo en el medio hospitalario. Madrid. INSHT, 1989.
2. Portal preventivo de Riesgos Labores. Riesgo de incendios. 2015.
3. ASPY la seguridad y la salud de tu empresa. Incendios. 1 de marzo de 2018.
4. www.mtas.es
5. www.monografias.com
6. Myriam Mahecha. Seguridad e Higiene en el Trabajo. Bogotá. Colombia.

Capítulo 191

PERSONAL DE CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO DE CENTROS HOSPITALARIOS Y SU INFLUENCIA EN LA CONFIABILIDAD DE LOS SISTEMAS Y EQUIPOS SANITARIOS

DAVID ABAD GONZÁLEZ

JUAN CANO PATERNA

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

JAIME LOPEZ LOZANO

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

1 Introducción

El mantenimiento puede definirse como “un conjunto de acciones destinadas a reacondicionar o mantener componentes, equipos o sistemas en un estado en el cual sus funciones pueden ser cumplidas”. Por ello, el personal de mantenimiento presenta, entre su vocabulario habitual, conceptos como “mantenibilidad” y “confiabilidad”, términos relacionados no solo con que los componentes y equipos desarrollen sus funciones, sino con que lo hagan con calidad y seguridad, preservando el entorno y al menor coste posible.

De cara a garantizar la confiabilidad, disponibilidad y mantenibilidad de los equipos y sistemas, se precisa de invertir capital y de asumir riesgos. De esta forma, llegar a la consecución de dichos términos no se basa tanto en la cantidad de los equipos y materiales, como en su calidad. Dicho de otra manera, la institución o empresa invertirá capital para incrementar sus coeficientes de seguridad. En función de las características de la empresa o la organización, esta inversión será mayor o menor. En el caso que nos ocupa, que son las instituciones sanitarias, la inversión del capital es aún más elevado, pues su principal objetivo es el mantenimiento en la salud de la población. Analizar al personal de mantenimiento y cómo, con su labor, puede influir en la confiabilidad y disponibilidad de los equipos biosanitarios, es un tema de actualidad que conviene ser analizado.

2 Objetivos

Analizar cómo se aplican, a nivel práctico, los criterios de mantenibilidad, disponibilidad y confiabilidad en instituciones sanitarias por parte del profesional de mantenimiento.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se ha realizado a través de diferentes bases de datos, pertenecientes a estudios descriptivos transversales observacionales. Se han utilizado como palabras clave varios descriptores, mediante los que se ha conseguido encontrar los artículos necesarios en bases científicas para la realización del trabajo. Se han utilizado las siguientes palabras clave: mantenimiento, mantenibilidad, confiabilidad, sanidad, disponibilidad. La búsqueda se ha restringido a los últimos diez años.

4 Resultados

Los conceptos mencionados previamente deben ser analizados de forma individualizada. En primer lugar, el término de “mantenibilidad” puede definirse como “la expectativa que se presenta de que un sistema pueda ser reparado o mantenido en un marco temporal concreto”. Puede definirse en términos de “probabilidad”, de forma que la mantenibilidad se relacionaría con la probabilidad de que un equipo que ha presentado un error o un fallo sea reparado en un determinado tiempo. Por lo tanto, a nivel cotidiano, este criterio va delimitado por el tiempo

en el que se comienza la reparación, la duración en la reparación, los tiempos muertos, la necesidad de repuestos o por espera de materiales... También influye el tiempo que se tarda en diagnosticar o localizar el fallo, los tiempos de desmontaje y los tiempos de ajustes y pruebas. En todos ellos incidirá, directamente, la capacidad del personal de mantenimiento, su experiencia y su capacidad de diagnóstico y de reacción. Se detecta, como variable añadida vinculada, el hecho de que el equipo de trabajo se encuentre correctamente organizado y haya buenos procesos comunicativos.

Por otro lado, el poder reducir tiempos y aumentar la mantenibilidad se relaciona con un aumento entre la confiabilidad y la disponibilidad. Los tres términos se relacionan entre ellos de forma bidireccional, de forma que si uno mejora, mejoran de forma análoga los otros dos y viceversa.

Cómo variables añadidas a mencionar, se ha encontrado que, con la mejora de la mantenibilidad, disponibilidad y confiabilidad, se asocian: la facilidad del equipo de trabajo para realizar el mantenimiento, la capacidad de los profesionales y la planificación previa del mantenimiento. Es más, este personal deberá ser conocedor de los distintos tipos de sistemas y equipos con los que se trabaja en las instituciones sanitarias y los requisitos que se le aplica a cada uno. De esta forma, en los incineradores hospitalarios, buscaremos una alta confiabilidad y mantenibilidad, sin embargo, para el tratamiento de aguas estos criterios pueden variar. Ser consciente de dichos criterios ayudará a realizar una adecuada labor de planificación.

5 Discusión-Conclusión

Que el sistema sanitario sea confiable es fundamental. Para conseguirlo se debe invertir capital, entendiendo que lo barato -a largo plazo- puede salir caro. La bibliografía científica ha demostrado que, cuando se trabaja con la salud del ciudadano, merece la pena invertir capital en mantenimiento preventivo para evitar, posteriormente, mantenimientos correctivos. Los criterios analizados en este estudio mejoran o empeoran en función de las características del personal de mantenimiento, de su experiencia, de su capacidad en la toma de decisiones, de sus procesos comunicativos y de su capacidad planificadora y organizadora.

Asimismo, el margen de maniobra del que disponen estos profesionales y estos equipos es esencial. También se han de tener en cuenta los materiales con los que se cuenta, así como la inversión que la institución sanitaria ha realizado en material de calidad. En este sentido, la mantenibilidad puede garantizarse con bajas inversiones, pero esto no revertirá en la confiabilidad de los sistemas y

equipos.

6 Bibliografía

1. Depestre, L. O. L. (2012). Del Mantenimiento Correctivo al Mantenimiento Centrado en la Confiabilidad. *Revista Centro Azúcar*, 39(3).
2. Aguilar-Otero, J. R., Torres-Arcique, R., & Magaña-Jiménez, D. (2010). Análisis de modos de falla, efectos y criticidad (AMFEC) para la planeación del mantenimiento empleando criterios de riesgo y confiabilidad. *Tecnología, Ciencia, Educación*, 25(1), 15-26.
3. Gallegos blanco, s. F. (2018). Mejora a plan de mantenimiento preventivo equipos central térmica hospital regional dr. Guillermo grant benavente.
4. Chávez Gómez, V. H. (2010). Sistema de información para el control, seguimiento y mantenimiento del equipamiento hospitalario.
5. Grajales, D. H. M., Sánchez, Y. O., & Pinzón, M. (2006). La confiabilidad, la disponibilidad y la mantenibilidad, disciplinas modernas aplicadas al mantenimiento. *Scientia et technica*, 1(30).
6. Rivera Estay, J. L. (2015). Modelo de toma de decisiones de mantenimiento para evaluar impactos en disponibilidad, mantenibilidad, confiabilidad y costos.
7. Poveda Guevara, A. J., & Lozano, M. (2012). Aplicación de la Metodología de Mantenimiento Centrado en Confiabilidad para el Desarrollo de Planes de Mantenimiento

Capítulo 192

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS AGRESIONES RECIBIDAS EN SU ENTORNO LABORAL

ALICIA GOMEZ GOMEZ

MARIA SOLEDAD DIAZ RODENAS

TAMARA LOPEZ MARTIN

NATALIA ROPERO PERALES

MARIA DEL ROSARIO LIZAN DIAZ

1 Introducción

En la actualidad han aumentado los casos de violencia tanto física como verbal al auxiliar administrativo tanto por parte de los pacientes como de sus familiares o acompañantes, porque es el primer frente del sistema sanitario en la atención al paciente tanto presencial como vía telefónica en hospitales y centros de salud.

La situación actual de la famosa pandemia del Covid-19 obliga a que estos sean su primer contacto y en muchas ocasiones se ven obligados a calmar a los pacientes y familiares, pero en varios casos se produce por parte de estos últimos numerosas agresiones verbales debido al alto nerviosismo, incertidumbre y miedo que existe entre la sociedad en general.

Las agresiones físicas son peligrosas y se pueden identificar con mayor facilidad que insultos y otros tipos de agresiones que afectan también de manera significativa la salud de los auxiliares administrativo.

Un estudio sobre agresiones en el ámbito sanitario realizado por la central sindical independiente y de funcionarios (CSIF) a 5127 profesionales de este sector en España muestra que muchos trabajadores sanitarios diariamente tienen que lidiar o aguantar agresiones y que últimamente esto va en aumento, siendo las mujeres las principales víctimas no son más vulnerables a este tipo de agresiones.

2 Objetivos

Analizar la implicación del auxiliar administrativo dentro de un equipo de trabajo en el sector sanitario, ante una agresión hacia su persona o hacia cualquier paciente ingresado en el centro hospitalario.

Describir como actuar ante dicho tipo de situaciones desagradables.

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

A diario los auxiliares administrativos sanitarios tienen que tratar con pacientes difíciles, ya que con su comportamiento les hacen sentir frustrados, enojados o agobiados.

Las agresiones a los auxiliares administrativos sanitarios se deben sobre todo a estas causas:

- Largas listas de esperas que tienen que sufrir los pacientes y que encrespan a estos, debido a la falta de presencia en determinados momentos del personal auxiliar administrativo provocando falta de atención a los pacientes por dicha causa.

-Resultados diagnósticos de los que los pacientes u familiares no están de acuerdo y que debido a su frustración cargan contra el personal auxiliar administrativo.

-Ir a los centros hospitalarios drogados, bebidos etc.

Como primera pauta de actuación indicada ante un paciente conflictivo se encuentra la contención verbal para tratar de apaciguar a un paciente (y/o familiar de éste) alterado y cuyo objetivo no es otro que tratar de evitar el siguiente paso que sería la acción física, puesto que una de las funciones de la palabra es proporcionar información correcta al usuario para así evitar la agresión o por lo menos prevenirla en el personal auxiliar administrativo. Adaptar la manera de comunicar al usuario o usuarios que tengan enfrente para que estos entiendan correctamente lo que se les comunica y no tengan dudas, el auxiliar administrativo usará un tono de voz adecuado a la situación y sobre todo dejar expresarse al usuario (paciente, familiar etc) no cortándole, hacer preguntas aclaratorias, etc. Todas estas pautas indicadas en el empleo de contenidos verbales han de ir acompañadas de otras conductas pertenecientes al lenguaje no verbal como, por ejemplo, mantener el contacto ocular con nuestro interlocutor, mostrar en todo momento una postura corporal abierta, respetar siempre la distancia interpersonal y acompañar los mensajes verbales de gesticulación y movimientos corporales adecuados a la situación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto en el presente capítulo la violencia sobre los auxiliares administrativos (personal no sanitario), ha aumentado de forma muy considerable y a tener muy en cuenta.

Una de las bases fundamentales de la práctica de los profesionales sanitarios y no sanitarios, además de una de las herramientas más efectivas para la prevención de la agresividad, son las habilidades de comunicación con el paciente que, además, constituyen, uno de los factores más importantes para medir la calidad asistencial del personal sanitario y no sanitario.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre Violencia y Salud

2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud (2019)
3. <https://revistamedica.com>
- <https://coachdelaprofesional.com>
4. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.
5. <https://osha.europea.eu/es/publications/factsheets>
6. ▷ Agresiones al personal administrativo - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
7. Revista Española de Salud Pública Versión On-line ISSN 2173-9110 versión impresa ISSN 1135-5727 Rev. Esp. Salud Pública vol.93 Madrid 2019 E. pub 07-Sep2020.
8. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/derecho/agresiones-profesionales-sanitarios-espana-enero-agosto-interior-4904>.

Capítulo 193

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

ALICIA GOMEZ GOMEZ

MARIA SOLEDAD DIAZ RODENAS

TAMARA LOPEZ MARTIN

NATALIA ROPERO PERALES

MARIA DEL ROSARIO LIZAN DIAZ

1 Introducción

Realizar las labores administrativas de manera competente y responsable no es algo sencillo, requiere un gran compromiso sobre el trabajador que decide dedicar su vida laboral al buen funcionamiento de un hospital o centro de salud. Su trabajo diario consiste en envío y recepción de correo, archivo, atención telefónica, cálculos, dar información, etc.

Para poder optar a trabajar como auxiliar administrativo en un hospital público, se deben de cumplir unos requisitos de cara a poder presentarse a la oposición:

1. Tener nacionalidad española.
2. Haber cumplido 16 años y no superar los 65 años y 6 meses.

3. Estar en posesión del título de ESO, Graduado Escolar, grado medio de Formación Profesional, Técnico, Formación Profesional de Primer Grado, Bachiller o equivalente.

4. Disponer de las capacidades funcionales para desempeñar el cargo. 5. No estar inhabilitado ni haber sido separado por medio de expediente disciplinario de cualquier servicio de salud o Administración Pública.

El personal no sanitario, en este caso, los auxiliares administrativos y administrativos, son uno de los pilares fundamentales de los servicios de salud, sin ellos la atención sanitaria a pacientes sería mucho más compleja, casi imposible, ya que son los encargados del bienestar del paciente y de la tramitación de sus procedimientos, para que éste se encuentre satisfecho con la atención que ha recibido por parte de su Servicio de Salud.

2 Objetivos

-Explicar de una manera sencilla que habilidades debe tener un auxiliar administrativo, tanto en su personalidad como en sus conocimientos o formación para la correcta realización de sus funciones en su trabajo sanitario.

-Dar a conocer la importancia del personal auxiliar administrativo dentro del ámbito sanitario.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

Un auxiliar administrativo debe de ser una persona proactiva, tener habilidades comunicativas con un comportamiento amigable, mostrando una buena actitud para la atención al usuario, ya sea tanto telefónica como presencialmente.

Ha de tener conocimientos informáticos, manejar programas office con habilidad y destreza. También debe disponer de agilidad para tomar notas y hacer

resúmenes, así como ser muy ordenado, para poner tener ordenada toda la documentación. Es fundamental que el personal auxiliar administrativo disponga de la habilidad de trabajar en equipo, empatía, sentido de la ética, capacidad de adaptación, habilidades interpersonales, ser resolutivo y profesionalidad en el manejo de la documentación.

Todas estas habilidades marcarán la diferencia para poder ser un gran auxiliar administrativo.

Uno de los objetivos principales de un auxiliar administrativo es suministrar una información de calidad. Para ello, la comunicación será lo más clara posible y de fácil comprensión (se intentará adaptar al nivel del receptor), sin omitir nada y trasladándola al paciente/usuario de una manera empática. Para ello, es fundamental cuidar la comunicación “no verbal” (gestos que se aprecian visualmente), debiendo darle gran importancia a esta comunicación basada en gestos, entonación, movimientos..., ya que representa más del 90% de la comunicación y es mucho más fiable y más real que la comunicación verbal basada solamente en la transmisión de palabras.

La información y la comunicación son habilidades básicas que todo auxiliar administrativo debe poner en práctica en su día a día. La buena información es imprescindible para que de este modo el paciente/usuario pueda tomar libremente sus propias decisiones.

El personal administrativo en el ámbito sanitario desarrolla una serie de funciones que son consideradas de vital importancia dentro de la propia organización, tales como la atención al público y de llamadas, el tratamiento de los datos de los pacientes o de sus expedientes, la recepción, custodia y archivado de documentación, etc.

Incluso, a pesar de la incorporación de las nuevas tecnologías, hay funciones y habilidades que sólo puede aportar un auxiliar administrativo y que son imposibles de reemplazar o sustituir.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión el auxiliar administrativo, tal como hemos visto en el anterior apartado del presente capítulo (resultados), es una figura realmente importante, dado que realiza funciones de gran importancia o que se suponen esenciales dentro del sistema sanitario atención al usuario, tratamiento de datos, recepción etc y

que hemos descrito anteriormente, también según nuestra opinión los auxiliares administrativos tienen que tener una adecuada formación y una personalidad que les permita tratar al usuario de la sanidad pública de una manera estupenda y eficaz para que las personas que acuden a los servicios sanitarios se sientan realmente bien atendidos y tratados.

6 Bibliografía

1. “Funciones de un auxiliar administrativo en sanidad”. Disponible en: <https://www.appf.edu.es/>.
2. “La importancia de comunicar bien en el ámbito sanitario”. Disponible en: <https://theconversation.com/la-importancia-de-comunicar-bien-en-el-ambito-sanitario-129282#:text=La%20pr%C3%A1ctica%20de%20algunas%20sencillas, evoluci%C3%B3n%20cl%C3%ADnica%20de%20los%20pacientes/>.
3. “¿Qué hace un auxiliar administrativo en sanidad? Funciones”. Disponible en: <https://blog.opositatest.com/auxiliar-administrativo-sanidad-funciones/#regulan-funciones-auxiliar/>.

Capítulo 194

LA PROTECCIÓN DE DATOS Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO

ALICIA GOMEZ GOMEZ

MARIA SOLEDAD DIAZ RODENAS

TAMARA LOPEZ MARTIN

NATALIA ROPERO PERALES

MARIA DEL ROSARIO LIZAN DIAZ

1 Introducción

Debido a la gran tendencia hacia la globalización y la evolución de la tecnología es necesario el establecimiento de nuevos métodos para la protección de los datos personales. Los datos relativos a la salud de los pacientes son datos sensibles que deben estar especialmente protegidos, para ello, la Unión Europea con el fin de transmitir confianza a los ciudadanos en lo que referente a este tema, estableció un Reglamento General de Protección de datos que entró en vigor en 2016 y es de obligado cumplimiento desde mayo de 2018.

Se establece dentro de este reglamento el principio de responsabilidad proactiva y lo describe como “la necesidad de que el responsable del tratamiento aplique medidas técnicas y organizativas apropiadas a fin de garantizar y poder demostrar

que el tratamiento es conforme al Reglamento”, es decir, aplicando este principio al sector sanitario, cada hospital, centro de salud o centro sanitario debe analizar los datos que tratan y las finalidades con las que lo hacen, definiendo el tratamiento de todas las operaciones que llevan a cabo.

En términos generales este principio requiere una actitud proactiva y diligente para el correcto tratamiento de todos los datos de carácter personal que se lleven a cabo. Además, este Reglamento protege los derechos y libertades aplicando medidas cuando exista un alto riesgo de vulnerabilidad de los mismos y modulando otras en función del riesgo presentado.

2 Objetivos

-Poner de manifiesto la importancia de la protección de los datos de los pacientes en el ámbito sanitario para las funciones del auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han consultado artículos relacionados con el tema a tratar, es decir, la protección de datos en el ámbito sanitario, y se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente, consultando en los principales buscadores de artículos científicos como dialnet o scielo.

4 Resultados

En el 2018 se aprueba en España la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales. Esta Ley regula como debe informarse a las personas y ayuda a los ciudadanos a conocer y ejercitar sus derechos de una manera accesible y sencilla. Como novedad esta Ley faculta a las personas que tuvieran vinculación con personas fallecidas y a sus herederos, al acceso, a la rectificación o a la supresión de los datos del fallecido, siempre y cuando el fallecido no lo hubiera prohibido expresamente.

Los centros sanitarios deben de cumplir una serie de requisitos para poder dar cumplimiento a las leyes de protección de datos. Estos requisitos son, entre otros, guardar los datos bajo estrictas medidas de seguridad, guardar siempre secreto profesional, cifrar los datos, deben ser siempre veraces y en caso de cesión de

dichos datos debe de realizarse bajo consentimiento con un contrato firmado de autorización de cesión definiendo específicamente el uso de los datos cedidos. Además, el paciente siempre debe ser informado y tener libre acceso a ellos.

Dentro de los derechos de los pacientes están que sus datos personales estén almacenados de la forma más correcta posible, siendo las entidades sanitarias garantes de los derechos de sus pacientes. Además, se incluye no solo el acceso, sino la rectificación y supresión de los mismos, así como la limitación en el tratamiento, portabilidad y uso. En la autorización para la recogida de datos debe constar el nombre, DNI y firma, así como el nombre y centro donde el paciente está siendo atendido. La autorización para la publicación de casos clínicos u otras publicaciones científicas debe estar explícitamente especificado en el consentimiento. Dichas autorizaciones para el tratamiento de datos pueden ser modificadas en cualquier momento por el paciente. El incumplimiento de esta Ley y la falta de respeto en la protección de datos de los usuarios de los distintos centros asistenciales puede conllevar distintas sanciones, que van desde leves, graves a muy graves.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, tanto el personal sanitario como administrativo que lleva a cabo sus funciones en las distintas áreas de salud tiene a su alcance información especialmente sensible de los pacientes a los que asiste que deberá tratar con máximo rigor y ética, siendo así mismo salvaguardada la intimidad del paciente por la Ley Orgánica de protección de datos.

Si bien la historia clínica es el elemento fundamental a la hora de realizar un diagnóstico adecuado hay que tener siempre presente que estas deben ser guardadas y protegidas en archivos que cumplan todas las garantías y que impidan la revelación o filtración de información susceptible. Recordemos que la revelación de cualquier tipo de información recogida en el historial clínico de un paciente es un delito tipificado en la Ley de protección de datos.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.lexdigitalabogados.com/proteccion-de-datos-pacientes-en-el-sistema-sanitario/>
2. <https://protecciondatos-lopd.com/empresas/guia-centros-sanitarios/>

3. <https://revistamedica.com/proteccion-de-datos-ambito-sanitario/#::text=Todos%20los%20pacientes%20tienen%20el,la%20manera%20m%C3%A1s%20correcta%20posible.&text=En%20la%20autorizaci%C3%B3n%20de%20la,datos%20de%20su%20historia%20cl%C3%ADnica> 1653
4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552016000100006
5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6927172>

Capítulo 195

FUNCIONES DEL CELADOR EN HIGIENE Y CUIDADO DE LOS PACIENTES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ABEL JESUS CALIXTO RELUCIO

ALEJANDRA FERNÁNDEZ NAVARRO

AMPARO SÁNCHEZ MORA

MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS

MARIA JOSÉ ARENAS DE LAMO

1 Introducción

La higiene de los pacientes en un centro hospitalario es de suma importancia por varias razones. La primera es la prevención de infecciones: La higiene es fundamental para prevenir la propagación de infecciones en un hospital. Los pacientes hospitalizados a menudo tienen un sistema inmunológico debilitado y son más susceptibles a infecciones, por lo que la higiene es esencial para prevenir la transmisión de bacterias y virus. Otra razón es que la higiene es una parte importante del cuidado de la salud general y puede ayudar a prevenir enfermedades y problemas de salud. La higiene adecuada puede ayudar a prevenir complicaciones en pacientes con enfermedades crónicas y puede ayudar a acelerar su recuperación (1).

Además, mantener la higiene puede mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados al reducir el riesgo de infecciones y alentar la recuperación más rápida. Además, mantener la higiene personal puede mejorar la autoestima y el bienestar emocional de los pacientes. También es importante para proteger al personal sanitario que trabaja en el centro hospitalario. Si los pacientes están limpios y libres de infecciones, el riesgo de que el personal se infecte se reduce significativamente.

Entre las funciones del celador en la higiene de los pacientes se encuentra la de proporcionar ayuda en el aseo y cuidado personal de los pacientes, incluyendo la limpieza de la piel y las heridas, y la asistencia en la higiene bucal. Además, el celador debe asegurarse de que las habitaciones y las camas de los pacientes estén limpias y en buen estado, y colaborar en la gestión de los residuos y la desinfección de los objetos y utensilios de uso común.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:

- 1.Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el celador en la higiene de los pacientes.
- 2.Establecer coordinación con los diferentes profesionales para proporcionar un buen trato a los pacientes del hospital.
- 3.Mostrar cuidado y comprensión durante el lavado de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador es un profesional de la salud que tiene una amplia variedad de funciones en el ámbito hospitalario. Una de las principales funciones del celador es la de garantizar la higiene y el cuidado de los pacientes. Algunas de las tareas

específicas que realiza el celador en este ámbito son la limpieza de habitaciones y zonas comunes: el celador es responsable de la limpieza y desinfección de las habitaciones de los pacientes, así como de las zonas comunes del hospital, como pasillos y baños. Esta tarea es fundamental para prevenir la propagación de enfermedades y mantener un ambiente saludable para los pacientes y el personal del hospital.

El celador también es responsable de transportar a los pacientes dentro del hospital. Esto puede incluir llevar a los pacientes de sus habitaciones a las salas de examen o a los quirófanos, y ayudarlos a subir y bajar de las camillas o sillas de ruedas. Es importante que el celador sea cuidadoso y respetuoso en todo momento, ya que los pacientes pueden estar en situaciones de vulnerabilidad (2).

Muchos pacientes hospitalizados pueden tener dificultades para alimentarse por sí mismos. El celador puede ayudar a los pacientes a comer y beber, asegurándose de que reciban los nutrientes necesarios para su recuperación. El celador también puede ayudar a los pacientes a mantener una buena higiene personal, como lavarse las manos o el cuerpo, cepillarse los dientes o el cabello, y cambiarse de ropa. Esto puede ayudar a prevenir infecciones y promover una recuperación más rápida.

De esta manera el celador también puede colaborar en la prevención de infecciones y enfermedades mediante la promoción de hábitos de higiene adecuados entre los pacientes, educándoles sobre la importancia de la higiene personal y proporcionando información y materiales de apoyo (3).

En resumen, las funciones del celador en higiene y cuidado de los pacientes en el ámbito hospitalario son fundamentales para mantener un ambiente seguro y saludable para los pacientes y el personal del hospital. El celador desempeña un papel importante en la atención al paciente y puede ser clave en su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en la higiene y cuidado de los pacientes en el ámbito hospitalario es fundamental para garantizar un entorno limpio y seguro para los pacientes y el personal sanitario. El celador es responsable de mantener la limpieza y la desinfección de las áreas comunes, proporcionar asistencia en el aseo personal de los pacientes, gestionar la eliminación de residuos, supervisar el transporte interno de pacientes, entre otras tareas.

El celador también juega un papel importante en la prevención de infecciones, ya que debe asegurarse de que todas las áreas del hospital estén limpias y desinfectadas adecuadamente para minimizar la propagación de bacterias y virus.

Además, puede proporcionar información y educación a los pacientes y sus familias sobre la importancia de la higiene personal y los procedimientos de limpieza y desinfección.

En resumen, el celador es un miembro clave del equipo de atención médica en el ámbito hospitalario y su trabajo en la higiene y cuidado de los pacientes es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los que se encuentran en el hospital.

6 Bibliografía

1. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
2. <https://revistamedica.com/papel-celador-ambito-sanitario/>
3. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>

Capítulo 196

LA FUNCIÓN DEL CELADOR EN EL ÁREA HOSPITALARIA

LUIS ANTONIO MARTÍNEZ RUIZ

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

DAVID RODRÍGUEZ MOLINA

MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ

OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Este capítulo pretende eliminar prejuicios sociales que se han desarrollado a lo largo del tiempo y se siguen manteniendo en la sociedad actual. El mundo se acostumbra a infravalorar según la profesión o la tarea que desempeñe una persona, sin tener en cuenta que nada es prescindible.

Teóricamente, un celador es un trabajador del sector público o privado, cuya labor es la de atender las necesidades de movilidad de los pacientes y la gestión normativa de un centro hospitalario, Castro et al. (2011). Sin embargo, para Romo (2010) el celador es el encargado de realizar múltiples funciones en el área hospitalaria y posee una labor sumamente imprescindible, no debe tener en exclusividad las funciones de movimiento y gestión de servicios, debe saber actuar y conocer diferentes áreas del sector sanitario en el caso de urgencias que se le puedan presentar durante su jornada laboral.

Según Pérez (2015), la labor de un celador es fundamental, ya que es el encargado de la movilidad de los pacientes según las circunstancias en las que este se encuentre, además, de tener que conocer diferentes áreas sanitarias para saber dar respuestas en caso de emergencia vital, su tarea tiene una gran relevancia por lo que hoy día se siguen reforzando en los centros hospitalarios la presencia de los mismos.

Se quiere infundir a través de datos cuantitativos en una gran realidad, la función del celador transformada al hoy, ya que los profesionales que forman parte del personal de gestión y servicios como son los celadores, tiene una formación mucho más práctica que teórica, lo que garantiza en un alto porcentaje su correcta función, esto no es suficiente, por eso a día de hoy se le da más importancia y se refuerza a nivel teórico los conocimientos que deben poseer estos profesionales, Martínez & Cernuda (2022).

Finalmente, en este capítulo se ahondará en diferentes estudios que verifican y permiten concluir en una idea unánime, con el paso del tiempo y gracias a las múltiples actualizaciones, los celadores adquieren la relevancia que merecen, a través de múltiples actualizaciones teóricas y prácticas que se han modificado en su carrera profesional.

2 Objetivos

Objetivos generales:

- Conocer las actualizaciones establecidas en las instituciones sanitarias.
- Renovar los conocimientos básicos y específicos de los celadores.
- Ahondar en las funciones imprescindibles de los celadores.
- Enumerar nuevos protocolos con el fin de mejorar los conocimientos y las habilidades de la profesión.

Objetivos específicos:

- Colaborar con el personal sanitario en casos de urgencia de riesgo vital.
- Desarrollar conocimientos básicos sobre los primeros auxilios.
- Conocer normas jurídicas y administrativas, con el fin de saber gestionar una situación de urgencia.
- Enumerar la función de los celadores.

3 Metodología

El trabajo de investigación realizado se ha llevado a cabo a través del análisis de diversas fuentes que proporcionan datos tanto cuantitativos como cualitativos

del tema seleccionado, esta forma de trabajo permite contrastar diferentes ideas provenientes de una infinidad de autores, permitiendo así, obtener un resultado más concreto sobre el objeto de estudio.

La revisión bibliográfica ha permitido fundamentar el tema del que se habla, explicar los antecedentes, así como el punto de partida de los celadores en el sector laboral y las diversas modificaciones a las que se ha enfrentado la profesión a lo largo del tiempo; ha sido el método que ha llevado a derivar en hipótesis, que tras la realización del estudio, se han podido contrastar o invalidar.

4 Resultados

A lo largo de este estudio se han obtenido datos que demuestran que la profesión de los celadores ha tenido un importante crecimiento a día de hoy, los centros hospitalarios tanto privados como públicos cada vez están más colapsados por lo que cada día es más necesaria la presencia de los celadores en estos centros.

Por un lado, las funciones de los celadores a nivel práctico han tenido muchas modificaciones y han obtenido una relevancia considerable, ya que estos profesionales que hace años únicamente se centraban en la gestión y el servicio hospitalario, hoy en día tienen el deber de intervenir en situaciones sanitarias de urgencia.

Por otro lado, las funciones de los celadores a nivel teórico también han sufrido modificaciones, se ha exigido un mínimo de cursos oficiales para poder ejercer la profesión, se han implementado actividades teóricas extras, como son por ejemplo, los recursos de primeros auxilios entre otros, y en el caso de la sanidad pública, las oposiciones garantizan la profesionalidad de los trabajadores de los centros hospitalarios, ya que la superación de dichas oposiciones ofrece la tranquilidad a los pacientes de estar en manos de un personal altamente cualificado. Se demuestra que cada vez es más la exigencia solicitada para el acceso laboral, ya que se habla de tratar con personas enfermas que se ponen en manos de diferentes profesionales y a los que entregan su plena confianza.

Según Pérez (2015), se obtienen como resultados del estudio realizado, que el refuerzo de la experiencia teórica beneficia en un alto porcentaje la correcta labor de los celadores, ya que estos adquieren conocimientos fundamentales en su actuación que no se limita en exclusividad a gestión de servicios del centro hospitalario, es mucho más que eso:

- Movilizar y trasladar al paciente en caso de que sea necesario a cualquier área del centro hospitalario.
- Controlar las entradas y salidas al centro hospitalario.

- Localizar, distribuir, cambiar... El material de uso que se encuentra en el centro hospitalario, ya sean sillas, mascarillas, hidrogel, etc.
- Distribuir las pruebas de diagnóstico e historial clínico, en caso necesario.
- Apoyar en situaciones de emergencia.
- Controlar la salas de espera y las visitas.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar el desarrollo del estudio, se puede concluir abogando que la sociedad se encuentra en continuo cambio, algo que es una realidad, el mundo en su totalidad tiene la obligación de adaptarse a las circunstancias que se presentan actualmente, por eso mismo todo lo que rodea el sector social y laboral se expone a modificaciones, ha cambiado con respecto a los últimos años y seguirá cambiando.

Es por este motivo por el que el ser humano no debe conformarse con lo que conoce, hay que estar preparado para seguir nutriéndose y enfrentarse a los nuevos tiempos, la era moderna.

Una era donde el porcentaje de la tasa de natalidad ha bajado y cada vez son menos las personas que deciden tener hijos, donde un alto porcentaje de la sociedad se ha convertido en personas ancianas, una sociedad donde la salud mental ha cobrado más importancia que la física y un mundo que está necesitado de grandes profesionales que sepan atender sus necesidades ante cualquier circunstancia.

Es por ello que los celadores no se conforman, se actualizan y siguen actuando.

6 Bibliografía

1. Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.
2. Martínez Miranda, M. M., & Cernuda Martínez, J. A. (2022). No estás solo. Formación continuada un reto en tiempos de Covid.
3. Castro Quesada, F., Garrido Sevilla, V. & Garrido Sevilla, F. (2011). Qué es un celador y tipos de celadores. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2011/11/que-es-un-celador-y-tipos-de-celadores.pdf&ved=2ahUKEwiT5cGt1s79AhWAaqQEHR-KA5gQFnoECBUQAQ&usg=AOvVaw3NQSP0U2aHDKszBNTOKuhV>

Capítulo 197

EL CELADOR EN LAS MOVILIZACIONES DE PACIENTES CON OBESIDAD

LUIS ANTONIO MARTÍNEZ RUIZ

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

DAVID RODRÍGUEZ MOLINA

MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ

OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ

1 Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica que afecta a la calidad de vida del paciente, produciéndose un exceso de la acumulación de grasa en el cuerpo. Es un trastorno metabólico que tiene gran prevalencia en la mayoría del mundo, afectando aproximadamente al 20% de la población española.

Se puede saber si una persona es obesa a través de su IMC (Índice de Masa Corporal) que se calcula dividiendo el peso entre la altura al cuadrado y, según el resultado, se determina el grado de obesidad.

Según el IMC, se pueden distinguir las siguientes categorías:

- NORMOPESO: 18,5 – 24,9
- SOBREPESO: 25 – 29,9
- GRADO I o moderada: 30 – 34,9

- GRADO II o severa: 35 – 39,9
- GRADO III o mórbida: 40 – 49,9
- GRADO IV o doble obesidad mórbida: ≥ 50

La obesidad puede surgir por diferentes causas, entre ellas se puede dar por: bajo o nulo ejercicio físico, mala alimentación, genética, edad, etc. Esta patología, en cualquiera de sus grados, aumenta el riesgo de sufrir otras enfermedades, como pueden ser: apnea del sueño, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, etc. Incluso puede causar la muerte debido a dichas enfermedades.

Debido también a esta condición física, algunas personas tienen una movilidad reducida que repercute en su día a día, teniendo dificultad para levantarse y acostarse, trasladarse o realizarse el aseo. El tratamiento puede darse de distintas maneras, entre ellas, con fármacos, una dieta personalizada, ejercicio físico, la cirugía y el tratamiento psicológico.

En este capítulo se desarrollarán técnicas e instrumentos utilizados por los celadores y el personal sanitario para el cuidado y la movilización de los pacientes con esta condición.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador cuando trabaja con pacientes con obesidad.
- Dar a conocer la importancia del celador en estos casos y los riesgos a los que está sometido.
- Explicar las técnicas e instrumentos para la movilidad de los pacientes obesos.
- Informar sobre las precauciones que se deben tomar a la hora de movilizar a dichos pacientes, tanto para el bienestar del paciente como para evitar el daño al propio trabajador.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación, explicaremos algunas de las funciones del celador con pacientes con movilidad reducida por obesidad:

- El traslado de pacientes en cama o silla de ruedas a otras unidades del hospital para la realización de pruebas diagnósticas.
- Ayudar a los auxiliares de enfermería a realizar el lavado de los pacientes que lo requieran, usando diferentes tipos de movilizaciones y pidiendo la colaboración de los pacientes siempre que sea posible.
- Con ayuda de un transfer (instrumento que sirve para el traslado del paciente de una cama a una camilla o a una mesa de quirófano) movilizaremos a dicho paciente donde corresponda para que se le realice cualquier tipo de prueba o intervención.
- Levantar o acostar al paciente con ayuda de una grúa (mecanismo que permite mover al paciente para ayudar a vestir, asear o trasladar al paciente con mayor seguridad) evitando lesiones al celador por sobrecarga.

También hay que destacar los riesgos que conlleva una mala movilización a dichos pacientes:

- Lumbalgia: dolor en la zona baja de la espalda, donde se sitúan las vértebras lumbares.
- Ciática: presión en el nervio ciático que causa dolor en la región lumbar, extendiéndose hasta los miembros inferiores.
- Hernia discal: lesión del disco intervertebral en la que parte del núcleo se desplaza hacia la raíz nerviosa, produciendo presión y dolor.
- Lesiones dorsolumbares.
- Fracturas vertebrales.
- Dolores musculares.

Las maneras correctas para prevenir estas lesiones son:

- Uso de herramientas como grúas, sillas de ruedas o transfer para las movilizaciones.
- Una buena posición de los pies, para conseguir un mayor equilibrio y fuerza para el levantamiento de los pacientes.
- Doblar las rodillas para evitar la curvatura de la espalda y mantenerla recta.
- Intentar no girar el tronco de manera brusca.

5 Discusión-Conclusión

El celador es una figura muy importante e imprescindible cuando se presentan situaciones en las que hay que trabajar con pacientes con dificultades para moverse, producidas por obesidad.

El alarmante crecimiento de la población en España con obesidad en cualquiera de sus grados hace que cada vez se desarrollen más enfermedades relacionadas con esta patología, y que aumente el índice de mortalidad por esta causa. Por ello, la presencia del celador es fundamental, tanto en los centros de salud como en los centros hospitalarios, ya que son los encargados de trasladar a los pacientes donde sea necesario y de movilizarlos cuando necesiten ayuda tanto ellos mismos como el personal sanitario para realizar cualquier prueba o intervención.

6 Bibliografía

1. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702882>
2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300011
3. <https://www.revespcardiol.org/es-obesidad-sindrome-metabolico-diabetesimplicaciones-articulo-13123996>
4. <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/lumbago-y-ciatica/>
5. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hernia-discallumbar>

Capítulo 198

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD PALIATIVA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

DAVID RODRÍGUEZ MOLINA

MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ

OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ

LUIS ANTONIO MARTÍNEZ RUIZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos están destinados a pacientes enfermos con enfermedades o patologías muy graves y procesos ya avanzados y diagnosticados de incurables con un pronóstico vital limitado que siempre se encamina a aliviar el sufrimiento y a mejorar la calidad de vida del paciente afecto y de sus familias cuyo fin es una muerte próxima establecida en un plazo inferior a los 6 meses. El celador auxiliará a estos pacientes afectos siguiendo las indicaciones recibidas tanto de los facultativos, enfermeras y Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Es de especial importancia la investigación y el estudio de los cuidados paliativos, ya que estos los cuales se abren camino en las Ciencias de la salud y en la esfera de la Enfermería, así como de los demás profesionales sanitarios y no sanitarios

, porque con el desarrollo y avance de la medicina desde sus principios ,hasta su conversión en un moderno y actual servicio asistencial.; sé estudia su conceptualización y sus principios rectores ,se valora el papel del servicio de práctica de los profesionales de Enfermería especialmente en la sociedad, a partir de los modelos y de teorías que sostienen la intervención, actuación y el profesionalismo en la asistencia y los cuidados ; se realiza una revisión documental sobre el historial de los cuidados paliativos con la finalidad de determinar los referentes metodológicos y los teológicos de su evolución hacia un modelo de atención asistencial más actual, para la superación de los profesionales de la salud .

2 Objetivos

Exponer el estudio e investigación por parte del celador acerca del proceso a seguir en los cuidados paliativos y de los requerimientos tanto del enfermo como de sus familiares.

3 Metodología

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

4 Resultados

En los centros o instituciones sanitarios y hospitalarios los profesionales del gremio de celadores ayudarán, auxiliaran y colaboraran con el apoyo a los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las necesidades y requerimientos de estos enfermos, tanto en necesarios cambios postulares, como en aseo, higiene y demás funciones o demandas que le sean necesarias al afectado. Los cuidados paliativos son una tipología de atención sociosanitaria que se manifiesta en la etapa final de la vida, son un verdadero sistema de soporte y apoyo integral para el paciente mejorando su calidad de vida lo mejor posible en la etapa final. Los cuidados paliativos son de especial importancia y estos serán una conjunción o una asociación entre el paciente afecto, familia, amigos y por supuesto

del equipo de atención tanto de enfermería como médica. Este equipo puede estar compuesto por un médico, un terapeuta, un profesional enfermero, un trabajador social y un consejero espiritual. Los servicios prestados se deben practicar en: las unidades móviles de apoyo hospitalario, unidades de cuidados paliativos, casas de reposo para pacientes diagnosticados terminales, unidades y servicios hospitalarios de día, equipos de control ambulatorio y de atención y asistencia domiciliaria.

El éxito de los cuidados paliativos estará basado y establecido en la comunicación que debe existir y forjarse entre el paciente afecto y su familia así como su entorno, el equipo en un ambiente de respeto, cordialidad y confianza, así como en el perfecto entendimiento de los objetivos y premisas planteados, el estado de la patología y enfermedad y los deseos especialmente del paciente afecto y subsidiariamente de sus familiares. El mejor psicofármaco es un buen equipo formado en cuidados paliativos y es comprensible que una persona mortalmente afecta presente un exponencial desajuste emocional. Esta situación suele mejorar cuando el paciente afecto ve que el equipo de profesionales empieza a preocuparse por su estado tanto físico, así como el emocional enfatizando siempre con él y proporcionándole una mejor calidad y trato dentro de la gravedad de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, extraemos de este estudio e investigación que se entiende como cuidados paliativos a los que están dirigidos hacia la persona afecta como un derecho humano que va a demandar de una atención integral de calidad muy necesaria en la actual sociedad. La muerte es inevitable, es un proceso natural por el que todos más tarde o más temprano debemos de pasar en algún momento de la vida, por eso son tan necesarios aplicar estos citados cuidados paliativos para proporcionar en todo momento una muerte digna a las personas que en esos instantes notaran, inseguridad, ansiedad, dolor, miedo, angustia, etc.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/introduccion-cuidados-paliativosprofesionalesenfermeria/>
2. <http://www.Secpal.com>> Secpal-historia-de los – cuidados- paliativos.
3. [Wikipedia.org/Medicina-Paliativa](https://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_Paliativa)

Capítulo 199

FUNCIONES DEL CELADOR EN AMBULANCIAS EN ÁMBITO HOSPITALARIO

AMPARO SÁNCHEZ MORA

ALEJANDRA FERNÁNDEZ NAVARRO

ABEL JESUS CALIXTO RELUCIO

MARIA JOSÉ ARENAS DE LAMO

MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS

1 Introducción

La ambulancia es un recurso esencial para cualquier centro hospitalario, ya que su función principal es trasladar a los pacientes desde el lugar donde se encuentran hasta el hospital. A continuación, se describen algunas de las principales razones por las que la ambulancia es importante para el centro hospitalario es porque permite brindar atención médica inmediata a pacientes que se encuentran en una situación de emergencia. La rapidez en el traslado puede ser crucial para salvar la vida del paciente o para reducir el riesgo de complicaciones. La disponibilidad de una ambulancia permite al hospital ampliar su capacidad de atención a pacientes que no pueden llegar al centro por sus propios medios. Esto puede incluir pacientes con discapacidades, pacientes que se encuentran en áreas remotas o pacientes que requieren cuidados especiales durante el traslado (1).

Un celador en ambulancias es un profesional que desempeña un papel esencial en el transporte y atención de pacientes que requieren servicios médicos de emergencia. Su función principal es asistir al personal médico en la atención y traslado de pacientes, garantizando su seguridad y comodidad durante todo el proceso. Además de ayudar en la movilización del paciente, el celador en ambulancias también puede ser responsable de mantener y revisar el equipo médico, de controlar y mantener los registros de los pacientes, y de asegurarse de que se sigan los protocolos de seguridad y los procedimientos adecuados en todo momento. En resumen, el papel del celador en ambulancias es fundamental para garantizar la calidad del servicio de emergencias médicas y el bienestar de los pacientes que necesitan atención médica especializada en situaciones de emergencia. En resumen, la ambulancia es un recurso fundamental para el centro hospitalario, ya que permite brindar atención médica inmediata y ampliar la capacidad de atención del centro. Además, el traslado de pacientes críticos y la mejora de la eficiencia son otros beneficios clave que la ambulancia puede proporcionar al centro hospitalario

2 Objetivos

1.Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el celador en el servicio de ambulancias del hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

La ambulancia es fundamental para el traslado de pacientes críticos, que requieren atención médica especializada y equipos específicos para su traslado. La ambulancia puede contar con equipo médico avanzado y personal especializado para atender a estos pacientes.

Además, la disponibilidad de una ambulancia permite que el personal médico del hospital pueda centrarse en la atención médica en el centro hospitalario, mientras que el personal de la ambulancia se encarga del traslado de los pacientes. Esto puede mejorar la eficiencia del centro hospitalario y reducir los tiempos de espera para la atención médica.

El celador en ambulancias desempeña una serie de funciones importantes en el ámbito hospitalario, algunas de ellas son preparar la ambulancia ya que el celador es responsable de preparar la ambulancia para el traslado de pacientes, asegurándose de que esté limpia, abastecida con los suministros necesarios y lista para partir (2).

Una vez en la ambulancia, el celador se encarga de ayudar al paciente a subir y bajar de la camilla, así como de asegurarse de que esté cómodo y seguro durante el traslado. El celador también colabora con el personal médico durante el traslado del paciente, asegurándose de que los suministros y el equipo médico estén a mano y listos para usar en caso de emergencia.

Además, el celador es el encargado de mantener una comunicación constante con el personal médico del hospital y la base de operaciones de la ambulancia, para informar sobre el estado del paciente y coordinar cualquier necesidad adicional durante el traslado. Después de cada traslado, el celador debe limpiar y desinfectar la ambulancia, asegurando que esté lista para el próximo traslado (3). El celador también es responsable de llevar los documentos y registros médicos del paciente a su destino correspondiente, asegurándose de que estén completos y en orden. Durante el traslado, el celador debe asegurarse de que los pacientes y el personal médico estén seguros y cómodos, evitando cualquier situación de riesgo o conflicto en el interior de la ambulancia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del celador en ambulancias en el ámbito hospitalario son fundamentales para garantizar el correcto traslado de pacientes desde su lugar de origen hasta el centro hospitalario, en un ambiente seguro y cómodo para el paciente y el personal médico. Desde la preparación de la ambulancia, pasando por la atención y asistencia al paciente, la colaboración con el personal médico, la limpieza y desinfección de la ambulancia, hasta la gestión de documentos y registros médicos, el celador juega un papel clave en el éxito del traslado.

Gracias a su labor, se asegura una atención médica inmediata, se amplía la capacidad de atención del centro hospitalario, se permite el traslado de pacientes críticos, se mejora la eficiencia del centro y se garantiza una atención de calidad

y calidez para el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://escuelaatelier.com/que-es-celador-funciones/#::text=Celador%20de%20ambulancia&text=Mantener%20el%20orden%20y%20asegurar,o%20anomal%C3%ADa%20que%20pueda%20darse>.
2. <https://revistamedica.com/transporte-sanitario-celador/>
3. <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-3-urgencias.pdf>

Capítulo 200

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CITACIONES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA ISABEL RUIZ IGUALADA

REBECA MARTINEZ CALVO

AMELIA GONZÁLEZ VIECO

ROSARIO SOLER BALLESTEROS

GEMA MARIA FERNANDEZ LAZARO

1 Introducción

Dentro de la asistencia sanitaria podemos distinguir tres niveles:

- Primer nivel: atención primaria.
- Segundo nivel: atención hospitalaria.
- Tercer nivel: atención de urgencias.

Dentro de la atención hospitalaria se presta atención en régimen de internamiento, en régimen ambulatorio, y de urgencias. Dentro del hospital existe una zona dedicada a consultas externas, aquí prestan asistencia ambulatoria las distintas especialidades médicas. Podemos definir la consulta externa como un servicio ambulatorio para pacientes que tienen asignada una cita programada. Al servicio de consultas externas podemos llegar a través varias vías:

- Desde Atención Primaria a través de nuestro médico de cabecera.
- Derivados por otro especialista.
- A través de los servicios de urgencias hospitalarias.
- Derivados por otros hospitales que no cuenten entre sus servicios con la especialidad que necesitamos.

La atención especializada, siempre que sea posible se prestará en consultas externas y en hospital de día. La atención sanitaria especializada y hospitalaria comprende:

- Asistencia especializada en consultas.
- Asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.

En este capítulo nos vamos a centrar en la atención especializada que se presta en las consultas externas en el ámbito hospitalario, desarrollando las funciones del auxiliar administrativo en dicho servicio y su importancia para la correcta y eficaz gestión del mismo

2 Objetivos

- Describir la unidad de citaciones de un hospital.
- Enumerar las funciones del auxiliar administración en el servicio de citas de un establecimiento hospitalario.
- Resaltar la importancia del auxiliar administración en dicha unidad.

3 Metodología

Para la elaboración de presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y diferentes artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudio.

4 Resultados

Por definición, las Consultas Externas se refieren a aquellos actos clínicos realizados de forma ambulatoria en un lugar adaptado para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente con base en la anamnesis (historia clínica) y la exploración física.

Las Consultas Externas han ocupado hasta hace muy poco un lugar secundario frente a las áreas de hospitalización en cualquier hospital.

Se puede acceder a los servicios de Consultas Externas de formas distintas, esencialmente:

1. Desde Atención Primaria: nuestro médico de cabecera considera que debe atendernos un especialista y nos deriva al que estime oportuno.
2. Desde el propio hospital: desde el servicio de urgencias, o si hemos estado hospitalizados, para realizar un seguimiento posterior de nuestra evolución.
3. Desde otros hospitales que no cuenten con la especialidad en su cartera de servicios.

Seguidamente vamos a enumerar las múltiples funciones que realiza en auxiliar administración en el servicio de citaciones de un hospital.

- Citación de consultas externas, primeras consultas.
- Citación de pruebas diagnósticas solicitadas por los facultativos especialistas.
- Anulación de citas y pruebas diagnósticas.
- Reprogramación de consultas externas y pruebas diagnósticas.
- Creación de nuevas agendas de diferentes especialistas o pruebas diagnósticas.
- Confirmación telefónica de citas.
- Apertura de historias clínicas, completando los datos del paciente.
- Entrega de volantes, instrucciones, medicación, botes de recogida de muestras etc.
- Captura de actividad
- Resolución de preguntas y dudas de los pacientes sobre sus citas.
- Derivación de pacientes a centros concertados con el Servicio de Salud.
- Petición de las ambulancias que le sean solicitadas por los facultativos para los pacientes.

En resumen, podemos concluir diciendo que el auxiliar administrativo del servicio de citaciones, realiza múltiples funciones, debiendo conocer en profundidad todas las especialidades médicas que se ofertan en su lugar de trabajo, y deber ser conocedor también de los programas informáticos, para gestionar las citas de forma eficiente y eficaz, ya de que de su trabajo depende la correcta organización de agendas y turnos de los pacientes en el acceso a este servicio.

5 Discusión-Conclusión

El establecimiento hospitalario recibe un volumen elevado de pacientes que requerirán atención ambulatoria en consultas externas, por lo que debe articular un sistema eficiente y eficaz que permita gestionar las consultas a la mayor brevedad posible, evitando en la medida de las posibles listas de espera elevadas, es por ellos que el auxiliar administrativo debe estar bien formado y realizar su trabajo

de manera ágil y profesional. Debe ser conocedor tanto de los procesos médicos, como de los sistemas informáticos. Una organización coordinada con el resto de servicios hospitalarios es vital para el buen funcionamiento de dicha unidad, así como una comunicación activa y fluida por parte de todas las partes implicadas.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-12108>
2. <https://congresosicepa.com/funcion-administrativo-admisiondocumentacion-clinica/>
3. <https://revistamedica.com/funcion-administrativo-gestion-citas/>

Capítulo 201

EL TÉCNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL SEVICIO DE REGISTRO HOSPITALARIO

MARÍA ISABEL RUIZ IGUALADA

REBECA MARTINEZ CALVO

AMELIA GONZÁLEZ VIECO

ROSARIO SOLER BALLESTEROS

GEMA MARIA FERNANDEZ LAZARO

1 Introducción

El servicio de registro en la hospitalización supone una organización óptima de los documentos para facilitar la presentación de escritos a otros organismos públicos de la manera debidamente cumplimentada, ya que los usuarios y trabajadores que pertenecen al área de salud de dicho hospital no disponen de la manera o no saben como ejecutar el procedimiento, dicho organismo facilita estos trámites llevándolos a buen término.

Este servicio debe disponer entre sus miembros a personas altamente cualificadas, ya que ellas son las que deben saber a que organismo debe ser dirigido cada documento el cual llega a sus manos.

En muchas ocasiones esto crea una ola de estrés entre estos trabajadores, ya que como se sabe, en todo los organismos públicos siempre hay deficiencia de personal y el poco que queda no está debidamente cualificado, ya que van aprendiendo por sí mismos y muchas veces sobre errores que se van cometiendo por el camino.

Este trabajo será desempeñado sobre todo por técnicos auxiliares administrativos y muchas veces también por personas que acceden desde las bolsas de trabajo a estos puestos, pero que en su lugar solo disponen de la titulación de graduado escolar por lo que a estos últimos le suponen a su vez un esfuerzo añadido, ya que no disponen de conocimientos en lo referente a la materia administrativa a la hora de desempeñar este trabajo.

2 Objetivos

Explicar en este tema las funciones que desarrolla un técnico auxiliar administrativo en el servicio de registro hospitalario al igual que la importancia de este para el funcionamiento correcto del servicio hospitalario.

3 Metodología

En lo referente a este tema la información obtenida es por propia experiencia a la hora de haber realizado las prácticas de formación en centros de trabajo del ciclo de grado superior de administración y finanzas, ya que fueron realizadas en el servicio de registro y documentación clínica del hospital Virgen de Altagracia de la localidad de Manzanares, en la provincia de Ciudad Real.

4 Resultados

El técnico auxiliar administrativo en el servicio de registro y documentación clínica desarrolla una serie de funciones las cuales vamos a detallar a continuación:

- En primer lugar es aquel que se ocupa de dar recepción a aquellas cartas que se reciben de los pacientes que pertenecen al área de salud del propio hospital donde está ubicado la oficina de registro. Dichas cartas pueden contener información desde anulación de citas o cambios de hora, por lo que su manera de proceder en estos casos es llamando al celador designado para que este lleve la susodicha carta al servicio que corresponde.

- Recepción de cartas de índole más personal, las cuales son abiertas para ver a quien van dirigidas. Este tipo de cartas hacen referencia a invitaciones a congresos, cursos, ponencias, simposios y demás reuniones para los facultativos pertenecientes a esta área de salud. Por lo que la manera de proceder es similar a la anterior, se llama al celador designado y se reparten este tipo de cartas dependiendo de las secretarías a las cuales van dirigidas. La diferencia con el punto anterior sería que para estos casos se lleva un registro interno de las cartas recepcionadas y a los servicios que van dirigidas, ya que al finalizar el año se hace una estadística referente a las invitaciones que recibe el hospital para estos eventos y la cantidad que en realidad la gerencia ha sido efectuada.
- Recepcionar documentación de las personas que pertenecen al área de salud de dicho hospital, así como del propio personal interno, las cuales quieren registrar documentación de diferente índole. Ejemplos de esta documentación sería presentación de solicitudes para poder acceder a convocatorias de oposiciones de diferentes sistemas públicos ya sean de la misma comunidad autónoma o de cualquier otra; registrar solicitudes referentes a la adecuación de trienios por parte del personal sanitario y no sanitario del hospital para que así una vez resueltos puedan recibirlos en sus próximas nóminas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido comprobar al desarrollar este tema referente al registro y documentación clínica se desarrollan diferentes funciones las cuales hay que tener información requerida y una formación intensiva para realizar correctamente todos los aspectos que aquí se demuestran.

Este tipo de departamentos siempre cuenta con una mala fama entre el resto, ya que supone una carga mental demasiado excesiva a los técnicos auxiliares administrativos que los regentan, debido a que en su mayoría están solos en este servicio, no cuentan con apoyo de ningún tipo y en muchas ocasiones tienen que resolver ellos mismos a base de investigar o por el contrario, a base de experiencia que les ofrece el tiempo que pertenecen a este servicio para poder dar solución a los diferentes problemas que les vayan surgiendo con toda la documentación que reciben.

6 Bibliografía

revistamedica.com

Capítulo 202

EL TÉCNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

MARÍA ISABEL RUIZ IGUALADA

REBECA MARTINEZ CALVO

AMELIA GONZÁLEZ VIECO

ROSARIO SOLER BALLESTEROS

GEMA MARIA FERNANDEZ LAZARO

1 Introducción

La unidad de Docencia, Investigación y Formación no se encuentra en todos los hospitales adscritos al SESCOAM, sino que solo en aquellos donde permiten la entrada a médicos o enfermeros residentes así como a alumnos de diferentes categorías técnicas que tienen que realizar sus prácticas para poder obtener dicha titulación.

En este servicio se ejercen funciones de apoyo al personal sanitario que ejerce como docente de residentes o de alumnos, para poder facilitar sus labores administrativas y del mismo modo dirigir las estancias formativas requeridas para el cumplimiento de sus ítems en formación reglamentaria.

El servicio está compuesto de varias categorías profesionales, entre ellas se encuentran facultativos médicos, un técnico en salud laboral, el cual es de obligado para poder tener el departamento de docencia en un hospital, enfermeros y técnicos auxiliares administrativos.

En este tema nos encargaremos de hablar de las funciones referentes al auxiliar administrativo en el departamento de docencia, investigación y formación y como sin él no sería posible llevar a cabo todo lo que dicho departamento ofrece, ya que en estos últimos años hay una demanda de profesionales que estudian titulaciones referidas a la salud que requieren de lugares para poder acceder a sus prácticas reglamentarias o en el caso de medicina y enfermería poder acceder a la realización de su residencia en los hospitales más adecuados para ello, dependiendo de la especialidad elegida.

2 Objetivos

Explicar en este tema las funciones que desarrolla un técnico auxiliar administrativo en el servicio de docencia, investigación y formación, aunque haremos más hincapié al apartado de docencia.

3 Metodología

En este tema la información que se ha ido recapitulando ha sido más bien por la propia experiencia en este departamento, debido a un contrato temporal, el cual ha servido para poder expresar de manera breve las diferentes facetas de dicho departamento.

4 Resultados

El técnico auxiliar administrativo en el servicio de docencia, investigación y formación desarrolla una serie de funciones las cuales vamos a detallar a continuación:

- Dependiendo del hospital al que se haga referencia, el servicio de docencia hará unas funciones diferentes de otras, por el mismo modo que el volumen de trabajo no será el mismo, lo explicado a continuación hace referencia a la experiencia propia que he adquirido en dicho servicio.
- El técnico auxiliar administrativo se ocupa de dar a conocer a los nuevos residentes que quieran acceder al hospital de la documentación requerida para dicho

acceso. Se encargará también de darle recepción y solución con el Ministerio de Educación para que dichos residentes puedan empezar su residencia en la especialidad que ellos elijan.

- El técnico auxiliar administrativo será el enlace que tengan los residentes con la unidad docente, los tutores, los servicios de las rotaciones de los residentes, los centros en los cuales estos hagan guardias médicas y si en su caso eligiesen, con los centros externos que dichos residentes quieran hacer rotaciones externas para poder incrementar su formación fuera del hospital de origen.
- Será el encargado de llevar al día las hojas de evaluación de los residentes para que al finalizar su residencia puedan ser evaluados debidamente.
- Será el encargado de efectuar los cambios de guardias de aquellos residentes que las realicen en los distintos servicios hospitalarios, como pueden ser urgencias, cirugía, traumatología, ginecología, centros de salud, etc.
- Atenderá tanto a los residentes de atención primaria como a los residentes de atención especializada.
- Será el encargado de llevar la secretaría de docencia, es decir, llevar las actas tanto de las comisiones de docencia como de las subcomisiones de enfermería, así como efectuar los cambios que se apliquen en estas e informar a los miembros que las componen de todo lo referente a lo nuevo establecido en dichas comisiones.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo de la explicación de este tema, el técnico auxiliar administrativo es el responsable de llevar al día toda la documentación requerida en el departamento de docencia, así como de efectuar los cambios que son aprobados en las comisiones y subcomisiones del servicio.

Por lo tanto, este puesto de trabajo es una rama principal para el correcto desempeño de las tareas, ya que sin él, solo con los miembros de la comisión sería imposible efectuar todo lo materialmente administrativo, ya que dicho departamento es uno de los que más documentación pública abarca por parte del ministerio de educación y el ministerio de sanidad.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/>

Capítulo 203

REVISIÓN Y PUESTA EN SERVICIO DE LAS DIFERENTES CAMAS Y CAMILLAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO, POR EL MECÁNICO SANITARIO

LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE

OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL

ALONSO PINTOR OLIVARES

ANGEL MIGUEL PINTOR OLIVARES

ALBERTO AVIVAR ROZALÉN

1 Introducción

En este capítulo de libro, nos centraremos en las diferentes función y protocolos que debe realizar el personal de mantenimiento mecánico de un centro hospitalario en las diferentes camas, camillas y mesas de quirófanos de un hospital. Para ello explicaremos como se establecen los diferentes avisos y como debe de actuar este personal dependiendo de las distintas situaciones del centro.

Las camas de hospitalización o camillas es un elemento que sirven para movilizar al paciente y llevarlo a los distintos servicios, una de las cualidades necesarias

que deben de tener es que sean cómodas, sencillas de manejar por el personal sanitario y ligeras para poder llevarlas con facilidad.

El mecánico sanitario en un centro hospitalario debe realizar las diferentes reparaciones según el protocolo establecido por propio fabricante. Utilizando piezas originales y útiles originales si se pudieran para asegurar en todo momento su correcto funcionamiento mientras está siendo utilizada, a pesar del tiempo y del uso.

En otros casos si la reparación por parte del personal de mantenimiento fuera mas cara que el propio elemento en sí, se valoraría mediante el jefe de mantenimiento si iniciar una reconstrucción o tramitar el desguace, utilizando las partes que estén bien para otras camas que lleguen en el futuro al taller.

2 Objetivos

Conocer las labores de mantenimiento que realiza de las camas el personal de mantenimiento mecánico sanitario en un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, hemos revisado los protocolos de los manuales de los fabricantes, así como, de las órdenes de trabajo por parte del servicio de mantenimiento mecánico. Dependiendo de la carga del turno de trabajo se pueden realizar una serie de revisiones periódicas de ciertas cama o camillas para su puesta a punto en caso de que por circunstancias de uso pudieran ser utilizadas rápidamente. En otros casos, como, por ejemplo, camas de hospitalización con paciente, es necesario que el mecánico sanitario en sus labores de mantenimiento no perjudique el paciente en este proceso, haciendo labores de revisión.

4 Resultados

Para las labores realizadas por el personal de mantenimiento mecánico en el mantenimiento de camas, camillas y mesas de quirófanos, en un complejo hospitalario. El personal de la planta del servicio sanitario, contacta a través de los teléfonos internos que tiene cada gerencia con el personal mecánico para la realización de las reparaciones pertinentes de todos estos elementos, bien para arreglarlas in situ en el propio servicio con el paciente sino se pudiera quitar o sin

él. O también si no tiene una sencilla reparación el celador debe bajarla al taller de mantenimiento para proceder a la reparación por parte del personal mecánico sanitario.

La comunicación entre los diferentes servicios con el personal de mantenimiento mecánico debe ser clara, explicando lo que le pasa a la cama para así establecer un mantenimiento idóneo en cada situación. Al haber reducido el número de trabajadores mecánicos con el paso del tiempo y realizar diferentes trabajos, sabiendo lo que le pasa a la cama se puede si es una sencilla reparación hacer en el lugar o si por el contrario es una reparación difícil o que se necesita mucho tiempo, es mejor bajarla al taller y hacer una revisión mas profunda.

Existen también revisiones generales de plantas en las que se suelen revisar todas las camas de las habitaciones cuando no hay pacientes en ellas, bien porque no hay mucha gente ingresada o porque se va a preparar para un mantenimiento para adecuarla a las necesidades actuales. Suelen ser avisadas por el/la supervisor/a de la planta al jefe/a de mantenimiento, y posteriormente mediante parte de trabajo al servicio de mantenimiento mecánico por GMAO (Sistema Informático de Partes de Mantenimiento).

El personal de mantenimiento mecánico tiene como funciones:

- Supervisión y reparación de tomas de conexión de gases medicinales en los cabeceros de las camas (Oxígeno, Aire Medicinal y Vacío).
- Comprobación de todos los elementos eléctricos (conexiones, cableado, transformadores, placas bases, etc.).
- Elementos mecánicos de las distintas camas (articulaciones, pedales, ruedas).
- Reparación de barandillas.
- Pies de goteo (enderezamiento de la barra, tornillo de sujección).
- Elementos de protección (protectores de esquinas para proteger las paredes, etc.) e inserciones de topes de plásticos.
- Comprobaciones de grietas o abolladuras en mesitas de pieceros.
- Sustitución de plásticos por planchas metálicas en los somieres para evitar que se hunda el paciente.
- Arreglar conexiones internas de colchones antiescaras y motores.
- Comprobación de elementos pulsadores de contacto de los mandos de las camas.

5 Discusión-Conclusión

Las camas en general de un centro hospitalario deben de repararse según lo establecido por el manual del fabricante y siguiendo los pasos. Utilizando los útiles

específicos, herramientas y piezas originales o en su defecto compatibles (si ya no se encuentran), para realizar una reparación adecuada y no perder la garantía del producto. El mecánico sanitario en su oficio debe verificar que todo esté en orden y que funcionen todas las partes mecánicas, sistemas eléctricos y los diferentes elementos para que a la hora de que la cama, camilla o mesa, sea puesta en el servicio con las garantías de que el paciente no presente ningún peligro, problema o accidente.

6 Bibliografía

- Manuales de Pardo (fabricante español de camas de hospitalarias).
- Manuales de Matachana (fabricante de mobiliario hospitalario).
- Experiencia en la reparación de camas hospitalarias, camillas de urgencias, mesas de quirófanos y camas UCI, en los Centros Hospitalarios de Toledo, Ciudad Real, Puertollano y Albacete.

Capítulo 204

FUNCIONES DEL CELADOR DE PLANTA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ALEJANDRA FERNÁNDEZ NAVARRO

AMPARO SÁNCHEZ MORA

ABEL JESUS CALIXTO RELUCIO

MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS

MARIA JOSÉ ARENAS DE LAMO

1 Introducción

La planta de un hospital se refiere a un piso o nivel del edificio hospitalario donde se encuentran ubicadas las diferentes áreas y servicios médicos que atienden a los pacientes. Cada planta puede estar diseñada para un propósito específico, como, por ejemplo, la atención de pacientes de cirugía, pacientes pediátricos, pacientes de cuidados intensivos, entre otros.

En una planta de hospital típica, se pueden encontrar diversas áreas como las habitaciones donde se alojan los pacientes durante su estancia en el hospital. Estas habitaciones pueden ser privadas o compartidas, y están equipadas con camas, mobiliario y equipos médicos necesarios para el cuidado del paciente. También cuentan con el área de enfermería donde se encuentran los puestos de enfermería, donde los enfermeros y enfermeras atienden y vigilan a los pacientes (1).

En el caso del celador de planta es una figura clave en el ámbito hospitalario, encargado de llevar a cabo múltiples funciones importantes para el correcto funcionamiento del centro médico. Entre sus responsabilidades se encuentran la vigilancia de las instalaciones, el transporte de pacientes y materiales, la gestión de residuos y la atención a las necesidades básicas de los pacientes, entre otras. Además, el celador de planta es una figura de apoyo para el personal médico y de enfermería, facilitando su labor y asegurando que los procesos se lleven a cabo de forma adecuada y en el momento preciso. Su trabajo requiere una gran capacidad de organización, paciencia, empatía y habilidades sociales, siendo esencial para garantizar un entorno hospitalario seguro y eficiente para pacientes, visitantes y personal médico.

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el celador en la planta de un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador de planta es un trabajador de la salud que desempeña una función importante en el ámbito hospitalario. Algunas de las funciones que puede tener un celador de planta son controlar el acceso y la salida de pacientes, visitantes y personal del hospital, trasladar a los pacientes de una habitación a otra, o de una unidad a otra dentro del hospital, ayudar al personal de enfermería en la movilización y transporte de pacientes, especialmente aquellos que requieren asistencia para caminar o que están en silla de ruedas y llevar y recoger suministros, materiales y equipos médicos de las distintas áreas del hospital.

También pueden encargarse de asistir en la limpieza de las habitaciones de los pacientes y en la eliminación de residuos y basura, colaborar en la preparación de las camas y en la reposición de la ropa de cama y toallas y ayudar en la alimentación de los pacientes, colaborando con el personal de cocina y sirviendo las comidas en las habitaciones. Una de las funciones más importantes del celador de planta es el traslado de los pacientes dentro del hospital, ya sea de una habitación a otra, de una planta a otra, o a otras áreas del hospital como los quirófanos, la sala de radiología, entre otras. El celador debe asegurarse de que el paciente esté cómodo y seguro durante el traslado y coordinar con el personal médico si se requiere alguna medida adicional de cuidado o atención (2).

El celador de planta es responsable de asegurarse de que los suministros y materiales necesarios estén disponibles en las áreas designadas. Esto puede incluir la preparación y distribución de equipos médicos, alimentos, ropa de cama y otros materiales esenciales. Además, el celador de planta también puede ser requerido para brindar apoyo al personal médico durante los procedimientos o en situaciones de emergencia. Esto puede incluir la preparación de salas de emergencia, el traslado de pacientes críticos y la asistencia en la reanimación cardiopulmonar.

Otra de las funciones son vigilar la seguridad y el bienestar de los pacientes, informando a los enfermeros o médicos sobre cualquier situación que requiera atención médica. También deben acompañar a los pacientes en sus desplazamientos por el hospital y brindarles apoyo emocional y psicológico (3).

En resumen, el celador de planta desempeña una función crucial en el cuidado y bienestar de los pacientes y colabora en el correcto funcionamiento del hospital en general.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el departamento de planta es responsable de mantener en buen estado las instalaciones del hospital, incluyendo las áreas de atención al paciente, los quirófanos, las salas de espera y los baños. También es responsable de garantizar que el sistema de ventilación, la iluminación, los sistemas de plomería y los sistemas eléctricos estén funcionando correctamente.

Los celadores en el departamento de planta de un hospital son un componente esencial para el funcionamiento efectivo del hospital, brindando asistencia y apoyo a los pacientes, garantizando la seguridad del hospital y manteniendo el entorno

limpio y ordenado.

El celador de planta también puede brindar atención básica al paciente, como la toma de signos vitales, la ayuda en la alimentación y el aseo personal, y la compañía en momentos de soledad.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-en-una-planta-de-hospitalizacion/#::text=El%20celador%20se%20encargar%C3%A1%20de,cosa%20que%20necesite%20el%20paciente.>
2. <https://revistamedica.com/funciones-celador-planta-hospitalizacion/>
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm

Capítulo 205

EL INGENIERO DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO: SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS, BOCAS DE INCENDIO EQUIPADAS (BIE)

GABRIEL MOLINA CUESTA

LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE

OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL

ALBERTO AVIVAR ROZALÉN

1 Introducción

Cuando visitamos lugares públicos (centros comerciales, supermercados, hospitales, centros de salud, colegios, ...) nos encontramos con unas mangueras enrolladas en espiral, dentro de un armario de chapa con un metacrilato por delante. Pues bien, esto es, en resumido y muy por encima, una boca de incendio equipada (BIE). En los apartados siguientes veremos sus elementos más importantes y como realizar un mantenimiento adecuado de los mismos.

La BIE puede ser de dos tipos, atendiendo a su capacidad, de 25 mm y de 45 mm, aunque en los hospitales solo encontraremos de 25 mm. La BIE de 25 mm, puede ser utilizada por una única persona, siendo muy recomendable haberla utilizado

previamente, para evitar accidentes y hacer un uso correcto de ella. La BIE de 45 mm requiere de un entrenamiento previo para su utilización, quedando reservada su utilización a los equipos de intervención propios y a los bomberos, además de que siempre se requieren dos personas. Cuando se utiliza una BIE, el gran caudal de agua que circula por la manguera ejerce una gran presión estática y dinámica, transmitiéndose al operador, por ello es necesario unos conocimientos para su utilización.

Dentro de cualquier hospital, encontramos diferentes medidas para la protección contra incendios. En este capítulo no centraremos en las bocas de incendio equipadas (BIE), su ubicación, tipo, capacidad, presiones, mantenimiento

2 Objetivos

Describir los sistemas de protección contra incendios en centro hospitalario, en concreto las bocas de incendio equipadas (BIE), así como la labor del ingeniero encargado de su mantenimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación, consistente en una revisión bibliográfica del Código Técnico de la Edificación, Documentos Básico de Seguridad contra Incendios, en sus apartados genéricos y los específicos para uso hospitalario. También se atenderá al Real Decreto 513/2017, del 22 de Mayo; por el que se aprueba el Reglamento de Instalaciones de Protección Contra Incendios (RIPCI) pertinentes a las condiciones y los requisitos que deben ser exigibles en cuanto al diseño, instalaciones, mantenimientos e inspecciones de los equipos, sistemas y componentes de una instalación contra incendios.

4 Resultados

Las Bocas de Incendio Equipadas (BIE) son dispositivos localizados dentro de un armario con una puerta de vidrio rompible en caso de incendio, está compuesto por una manguera enrollada, un soporte giratorio abatible, llave de apertura/cierre, manómetro, válvula y boca de lanza a la vista.

Dentro de un Hospital nos encontramos un sistema de protección contra incendios, como son las bocas de incendio equipadas (BIE), los cuales deberán cumplir

las siguientes características:

- La BIE estará siempre a una altura no superior a 1,5 metros, el número y disposición será tal, que cualquier punto diste menos de 25 metros y la distancia entre ellas no supere los 50 metros, asegurando alrededor de ellas una zona libre de obstáculos, que permita el acceso a ella y su maniobra sin dificultad.
- La BIE, en hospitales y centros sanitarios, serán siempre de 25 mm.
- La BIE deberá garantizar su funcionamiento durante una hora, como mínimo, a una presión dinámica a su entrada comprendida entre 3 kg/cm² y 6 kg/cm².

Para la realización del mantenimiento de las BIEs, atenderemos a la norma, UNE-EN 671-3: 2009, organizándose temporalmente del siguiente modo:

Trimestral:

Realizar las siguientes verificaciones:

- Comprobar que la señalización está en su lugar, se encuentra en perfecto estado y es totalmente visible. Utilizaremos señalización fotoluminiscente, para que se puedan identificar en caso de poca luz.

Cada año:

- Comprobar la presión indicada en el manómetro.
- Desplegar completamente la manguera y comprobar visualmente que se encuentra en perfecto estado, sin rajaduras ni desperfectos.

La vida útil de las mangueras contra incendios será la que nos diga el fabricante de las mismas, transcurrida la cual se procederá a su sustitución. En el caso de que el fabricante no fije una vida útil, esta se considerará de 20 años.

El Ingeniero, dentro del hospital, es el responsable de que las BIEs se encuentren ubicadas en los lugares marcados por el Código Técnico, que se encuentren perfectamente señalizadas y nada obstaculice su correcta utilización. Estos equipos, aparecerán reflejados en el Plan de Autoprotección del Hospital y los equipos de intervención deberán conocer su ubicación, así como su utilización. Gracias al gran caudal de agua que es capaz de entregar una BIE, tiene una gran capacidad para luchar contra un incendio. La rápida utilización de estos equipos, por el personal del hospital, podría contener el incendio, favoreciendo la evacuación de todas las personas y ganando un valioso tiempo hasta que vengan los bomberos, además de reducir las probabilidades de heridos y víctimas humanas, así como minimizar las pérdidas económicas.

5 Discusión-Conclusión

Los trabajadores deberán recibir una formación adecuada para utilizar y mantener estos sistemas, además de contar con los medios necesarios para realizarlo. Cuando estas condiciones no pudieran darse, se deberá contratar estos servicios con empresa externa autorizada.

El ingeniero, llevará un registro y control de todas las verificaciones y revisiones realizadas, además de preparar informes periódicos.

Es fundamental asegurar que se cumplen las condiciones mínimas de seguridad exigidas por la normativa de aplicación, establecer planes de mantenimiento de las instalaciones de protección contra incendios, en este caso las BIEs. También son fundamentales las revisiones periódicas realizadas por el personal propio, por Empresas de Mantenimiento Autorizadas, así como por Organismos de Control Autorizados. Todo ello, para asegurar la integridad del edificio y asegurar de que las instalaciones contraincendios son efectivas en el complejo hospitalario.

6 Bibliografía

Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos laborales y el Reglamento de Servicios de Prevención.

Real Decreto 513/2017, del 22 de Mayo; Reglamento de Instalaciones de Protección Contra Incendios (RIPCI).

Código Técnico de la Edificación, Documento Básico de Seguridad Contra Incendios, CTE-DB SI.

Distintas páginas webs de las diferentes funciones de mantenimiento y dispositivos contra incendios.

Capítulo 206

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA FORMA CORRECTA DE DAR LA INFORMACIÓN AL PACIENTE

MARÍA JOSÉ VILLANUEVA ROMERO

ROSA MARIA DE LA OSA MELERO

MARÍA VIRTUDES ARRIBAS CERVANTES

NOELIA VILLALBA ALFARO

VALENTIN GOMEZ CALCERRADA VILLARREAL

1 Introducción

La llegada de un usuario/paciente al centro hospitalario tiene un primer contacto en la mayoría de los casos con un auxiliar administrativo, ya sea en la oficina de información general del hospital como en el área de urgencias o una determinada área de consultas externas, entre otros.

En cualquier caso, aquí comienza su experiencia y en gran medida su primera predisposición para encarar su proceso de una manera u otra. La cantidad de variables respecto a lo que va a realizar este usuario/paciente es muy amplia, ya que se puede tratar de un usuario/paciente iniciando un proceso asistencial, sea por derivación o por propia iniciativa, un familiar de un usuario/paciente ingresado, un ciudadano solicitando información de cualquier tipo, o un ingreso en el área de urgencias.

En todas estas situaciones es bastante frecuente no saber dónde dirigirse, cómo tramitar su necesidad, ejercer sus derechos o cumplir con sus obligaciones.

Que su experiencia sea positiva dependerá en parte de cómo se lo reciba en la primera línea de atención.

Cuando al hospital llega un usuario/paciente requiriendo información de cualquier tipo, el profesional administrativo que lo recibe debe tener el conocimiento y las capacidades profesionales y técnicas para resolver de manera positiva ese primer requerimiento y toma de contacto del usuario/paciente con el centro.

2 Objetivos

Resaltar la importancia de la información por parte del auxiliar administrativo en los centros hospitalarios resolviendo de manera positiva cualquiera de las cuestiones que presenten los usuarios/pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las situaciones pueden ser bien diferentes, tanto por el de llegada del usuario/paciente (hall central del hospital, urgencias, consultas externas) como por el tipo de usuario/paciente (usuario/paciente con cita previa, familiar, demandante de áreas externos, etc.), e incluso mediante llamadas telefónicas. En cualquier caso, las respuestas a los diferentes casos no debieran diferir o depender de manera absoluta del profesional que en ese momento atiende la solicitud. Cuanta menos estandarización de protocolos de atención, más dispersión habrá en las respuestas para casos y necesidades idénticas, produciendo distintos resultados de satisfacción para un mismo problema. Por otro lado, una misma información proporcionada al usuario/paciente de distintas maneras puede producir

efectos diferentes en el mismo. Se puede disponer de mucha o poca información para entregar en un momento en particular, pero el modo en que se haga esa entrega sin duda puede ayudar a paliar preocupaciones y angustias de quien la está recibiendo.

Ejercer adecuadamente actitudes de empatía, discreción, respeto, comprensión de la situación e interés por dar la mejor solución que tenemos a mano va a predisponer al usuario/paciente de manera más positiva y receptiva para asimilar nuestra respuesta. En cualquier caso, pensar que la solución a generar actitud positiva en los usuarios/pacientes va a estar en manos de la calidad humana y maneras correctas de atención sería un grave error, pues de poco servirán si no se tiene el conocimiento necesario para evacuar correctamente la necesidad de información requerida.

No siempre va a estar en las manos del auxiliar administrativo la solución a todos los casos que se puedan presentar, pero se hace necesario al menos disponer de herramientas que ayuden a ofrecer soluciones alternativas, como por ejemplo a quién llamar o dónde derivar la situación planteada. El usuario/paciente, en todo caso:

- Debe obtener una respuesta clara y comprensible a su inquietud, aun cuando no se le esté dando una solución a sus necesidades.
- No debe quedar de modo alguno indefenso y sin ninguna respuesta.
- Debe ser tratado con atención, respeto y cortesía.
- Debe ser informado de sus derechos y obligaciones dentro del ámbito hospitalario.
- Debe sentirse en un entorno contenido y poco hostil.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos observado y explicado en este presente capítulo, vemos como que es esencial importancia que tiene la correcta formación de estos profesionales, la disposición de las herramientas y sistemas informáticos adecuados, así como de las normativas básicas y esenciales que conformen un plan de información con el que responder de una manera eficaz y consistente a los diferentes sucesos que se puedan presentar. Normalizar y unificar las actuaciones de los profesionales administrativos en cuanto a información hospitalaria y maneras de atención y comunicación, redundará en una imagen mucho más profesional y humana a la vez de los centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 207

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES ANTE RECLAMACIONES Y DISCONFORMIDADES POR PARTE DE LOS PACIENTES Y/O FAMILIARES

MARÍA JOSÉ VILLANUEVA ROMERO

ROSA MARIA DE LA OSA MELERO

MARÍA VIRTUDES ARRIBAS CERVANTES

NOELIA VILLALBA ALFARO

VALENTIN GOMEZ CALCERRADA VILLARREAL

1 Introducción

En las instituciones sanitarias se reciben muchos usuarios a lo largo del día, lo cual puede acarrear conflicto por diversas causas, este conflicto lo debemos acer-
tar como algo natural en el entorno de trabajo, por lo que los auxiliares adminis-
trativos deben saber gestionarlo.

Para poder afrontar este conflicto hay que tener en cuenta la actitud, la empatía,
la comunicación con la que viene la otra persona para saber gestionarlo.

Una reclamación es una petición de una persona con el objetivo de resolver un problema en concreto, esta reclamación debe ser evaluada y buscar la solución más adecuada.

Cuando un paciente reclama es porque piensa que sus derechos como paciente no son los correctos y la única forma de expresarlo es poniendo una reclamación. Esta reclamación puede ser puesta de forma oral o escrita.

A veces se ponen sugerencias que son propuestas para mejorar la calidad de los servicios y aumentar la satisfacción de los usuarios de los servicios públicos.

Las Comunidades Autónomas deben elaborar su propia normativa que respete el derecho de los ciudadanos.

Toda reclamación debe tener el respeto y aceptación y evitar los conflictos en la medida de lo posible y cuando no se pueda hay que asumirlo y tratarlo.

2 Objetivos

- Saber la importancia que tiene el auxiliar administrativo frente a las reclamaciones.
- Exponer qué pasos hay que llevar a cabo para efectuarlas y las posibles soluciones que debe tener con el paciente o usuario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en 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

El auxiliar administrativo puede actuar de dos formas frente a las reclamaciones y disconformidades:

1. Que solamente deba de informar a todos los usuarios como y donde se pueden poner las reclamaciones. Normalmente, se realizan en el servicio de atención al paciente.
2. Que su función sea la de atender directamente las reclamaciones y disconformidades de cada usuario. Normalmente, suele ser en Atención Primaria, donde no

existe un servicio de atención al paciente.

En ambos casos el auxiliar administrativo debe prestar máxima atención y asegurarse que se sigue el protocolo del centro.

El auxiliar administrativo tiene una serie de pasos a seguir ante una reclamación:

- Escuchar el problema que tiene el paciente.
- Recoger la reclamación con amabilidad y respeto.
- Dar confianza y seguridad e intentar dar solución a ese problema.
- Si no hay solución, ayudarle para que la reclamación sea efectiva. Para ello necesita un formulario que puede conseguir en tanto en centros de salud como en hospitales y se puede presentar mediante ordenador, vía presencial, en un registro o vía postal.

Se puede presentar una reclamación siempre que el usuario se encuentre satisfecho con la atención recibida en un centro o establecimiento sanitario y presentar una sugerencia cuando se quiera hacer una propuesta de mejora relacionada con el centro, servicio o establecimiento sanitario.

El fracaso o frustración a veces es inevitable, dado que siempre no es posible resolver un conflicto, por mucho que se intente hacer todo lo posible para lograrlo y siguiendo todos los protocolos establecidos, de ahí que se produzca enfermedades como estrés, ansiedad o depresión.

Por tanto, el conflicto hay que evitarlo en la medida de lo posible y aunque forme parte de nuestro entorno, solo nos queda aceptarlo y tratarlo.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos indicar que los auxiliares administrativos tienen que ver las reclamaciones no como un hecho o insulto contra su dignidad, sino más bien una manera de estudiar los problemas que plantean los usuarios e intentar solucionarlo. Por tanto, es una manera para intentar ofrecer un mejor servicio hace ellos tanto administrativamente como sanitariamente.

Aparte, no todos los usuarios presentan reclamaciones, sino que también plantan sugerencias y agradecimientos.

Por tanto, el conflicto es algo natural y a la orden del día, algo que puede ocurrir y necesitar de una correcta gestión, lo cual todos los profesionales y las organizaciones deben aceptarlos en todo momento.

6 Bibliografía

1. www.consumoteca.com.

2. www.revistamedica.com.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. Curso auxiliar administrativo. Información

Capítulo 208

EL ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARÍA JOSÉ VILLANUEVA ROMERO

ROSA MARIA DE LA OSA MELERO

MARÍA VIRTUDES ARRIBAS CERVANTES

NOELIA VILLALBA ALFARO

VALENTIN GOMEZ CALCERRADA VILLARREAL

1 Introducción

La comunicación efectiva entre el auxiliar administrativo y el paciente nos permite encontrar soluciones a los problemas con mayor rapidez. El intercambio de conocimientos es lo que es la comunicación. Dado que somos seres humanos sociales, debemos desarrollar una comprensión de los demás. Debemos evitar las barreras subjetivas que nos dificultan entender el mensaje del paciente, así como utilizar un lenguaje adecuado y no sexista si queremos comprender plenamente la información que nos transmite el paciente.

Además de esto, las habilidades de comunicación de un auxiliar administrativo, nuestra velocidad de habla y el tono de nuestra voz son aspectos cruciales del servicio telefónico.

Una serie de principios guían la atención al ciudadano:

- Confiabilidad, eficiencia y objetividad.
- No discriminación e igualdad en el acceso a los servicios.
- Deferencia, esmero y máximo respeto en la prestación de los servicios.
- Transparencia, integridad, autenticidad, actualización y máxima accesibilidad de la información, asegurando que todas las personas puedan ejercer sus derechos de manera equitativa.
- Neutralidad y adecuación tecnológica progresiva para asegurar el máximo nivel de calidad y eficacia del servicio.
- Confidencialidad, tal y como exigen las leyes reguladoras de la protección de datos de carácter personal.
- Colaboración y coordinación.
- Sencillez y rapidez.
- La responsabilidad de gestión.

2 Objetivos

Explicar los aspectos más importantes a tener en cuenta en la atención telefónica por el auxiliar administrativo y las distintas fases en que se divide.

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

Los auxiliares administrativos deben ser conscientes de estas cuatro fases al hablar con los pacientes por teléfono:

- Presentación: El primer contacto, también conocido como la "sonrisa telefónica", es el secreto de una comunicación eficaz. Es fundamental devolver la llamada lo antes posible para evitar que la persona que llama se quede esperando. Cuando descolgamos el teléfono, tenemos que decir quiénes somos, de dónde somos y quién nos llama antes de que podamos empezar a saludar.

- Identificación de la necesidad: en esta fase hay 3 aspectos importantes que debemos utilizar:

1. La escucha activa es el proceso de prestar mucha atención, permanecer en silencio y dar ejemplos para mostrar que estamos aprendiendo todo.
2. Confirmación: al sintetizar los datos de esta manera, podemos estar seguros de que tenemos una comprensión firme del problema en cuestión.
3. Investigación: Si tenemos alguna pregunta, las haremos todas hasta que estemos seguros de que entendemos el problema.

- Respuesta: Hay tres tipos diferentes de ella.

1. Inmediato: La respuesta se dará en un lenguaje preciso, comprensible y directo.
2. Cuando necesitemos hablar con alguien internamente, tomaremos notas y devolveremos la llamada al ciudadano.
3. Referencia: si no podemos resolver el problema, podemos referir la llamada o proporcionar a la persona que llama la información de contacto de la agencia correspondiente.

- Clausura: La despedida, en la que confirmamos que el asunto ha sido resuelto y expresamos nuestro agradecimiento por la convocatoria.

La velocidad, las habilidades de comunicación y el tono de voz utilizado son cruciales.

- Tono de voz: evitar hablar en voz alta o agresiva puede ayudarte a evitar parecer altivo o agresivo. Del mismo modo, hablar en voz baja puede hacerte sonar inseguro o tímido.

- Rapidez: Es importante hablar despacio para no perder información al no poder seguir la conversación de otra persona o dar un aire de suficiencia. Hablar demasiado lento también puede hacer que la conversación se alargue y no es recomendable. Una cosa a tener en cuenta es hacer una pausa antes de decir algo crucial porque al hacerlo se asegura que tengamos toda la atención del oyente.

- Habilidades de comunicación: debe hablar con claridad, evitar eslóganes, acortar oraciones o responder con palabras monosilábicas. Además, utilizar un lenguaje claro que no sea ni demasiado técnico ni demasiado informal para asegurarnos de que nos puedan entender.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar la pérdida de información y poder resolver todas las dudas del paciente, el auxiliar administrativo en el ámbito sanitario debe estar muy enfocado en la atención telefónica. Si las preguntas del paciente no pueden ser respondidas, deben ser dirigidas a otro compaño. Toda la conversación debe llevarse

a cabo sin interrupciones ni conversaciones paralelas. Y debemos hacer un esfuerzo para dar una respuesta clara y directa, asegurándonos de que se entienda y que resuelva el problema. Para ello, haremos tantas preguntas como creamos necesarias antes de dar la solución, hasta que tengamos claro lo que nos preguntan, momento en el que daremos la respuesta adecuada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 209

EL CALEFACTOR DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO: RIESGOS ASOCIADOS AL PUESTO DE TRABAJO DEL CALEFACTOR SANITARIO EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA DE UN CENTRO SANITARIO

OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL

LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE

GABRIEL MOLINA CUESTA

1 Introducción

Dentro de muchos hospitales encontramos servicios de lavandería, donde se lava y plancha toda la ropa utilizada en el Hospital (sábanas, entremetidas, fundas de almohada, colchas, mantas, uniformes de personal sanitario, etc.). En esas lavanderías se encuentran las calderas de vapor, encargadas de quemar combustible (gasoil, gas natural, bioetanol) para producir vapor, que es utilizado por medio de conducciones de alta presión a las máquinas que se utilizan para lavar a alta temperatura, como fuente de calor en secadoras y en calandras para su posterior planchado. Las calderas, por tanto, constituyen el corazón de estas instalaciones. Es muy importante, que la seguridad utilizada tanto para los trabajadores calefactores como para las instalaciones de producción de vapor, se encuentren dentro

de unos parámetros de calidad determinados y que se aplique la normativa vigente en estos equipos industriales.

Es por ello por lo que nos ha parecido bastante importante este tema, no solo en las labores del calefactor sanitario en la supervisión y reparación de estos sistemas de producción de vapor, sino de la enorme responsabilidad y fiabilidad de que tienen que tener todos los sistemas para que funcionen bien y evitar así paradas y accidentes que tendrían una importante repercusión económica.

2 Objetivos

Dar a conocer los riesgos asociados al calefactor sanitario en el servicio de lavandería del centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación, consistente en una revisión bibliográfica del Código Técnico de la Edificación, Documentos Básico de Salubridad y seguridad, en sus apartados genéricos y los específicos para uso hospitalario. También se atenderá al Real Decreto 487/2022, de 21 de junio, por el que se establecen los requisitos sanitarios para la prevención.

4 Resultados

Uno de los peligros que tenemos que tener en cuenta para la generación de vapor en las calderas, son los productos químicos, que serán necesarios para realizar un tratamiento adicional con estos productos, que consiste en introducir secuestradores de oxígeno para evitar la oxidación de la caldera y de las instalaciones de vapor. El producto que se viene utilizando es el AQUIGEN 2041, el cual se encuentra clasificado como corrosivo, altamente inflamable, nocivo por inhalación de vapores para las personas y nocivo para los medios acuáticos. Cuando utilicemos estos productos químicos utilizaremos equipos de Protección Individual, conocidos como EPI, protección de ojos (gafas), mascarillas para evitar inhalaciones, guantes para químicos. Estos EPI tienen que cumplir y llevar obligatoriamente el distintivo de conformidad de la Unión Europea “CE”, establecida en el artículo 10 del RD 1407/1992 del 20 de noviembre. Este etiquetado da información a los usuarios y autoridades en la materia de seguridad de que cumplen

con los criterios de seguridad y ergonomía recomendados por dicho real decreto. Los EPI más utilizados por el personal Calefactor Sanitario, son:

- Ropa de seguridad: ceñidas al cuerpo, con mangas cerradas bolsillos con cremalleras y sin enganches que puedan provocar un atrapamiento y que tenga gran resistencia a proyecciones de chispas y a contacto con cuerpos incandescentes.

- Protección de Pies y Manos: Calzado de seguridad con puntera de acero y suela reforzada, resistentes a aplastamientos e impactos y que a su vez sea antideslizante, y ergonómicas.

- Guantes de protección: diferentes tipos según el trabajo a realizar y los productos químicos a manipular.

- Protección de la Cabeza: Los cascos en determinadas actuaciones del Calefactor Sanitario es fundamental para la prevención de golpes y de caídas de objetos a distinta altura.

- Protección Auditiva: Cascos, Orejeras y Tapones.

- Protección Ocular: Gafas con protector ocular (para evitar las proyecciones a los ojos), Pantallas faciales de Soldadura (para evitar deslumbramientos y quemaduras en la retina ocular)

- Equipos de Protección respiratoria: Mascarillas de Gases con filtro antipartículas.

Siempre tenemos que utilizar todos los medios disponibles que estén en nuestro alcance para protegernos y proteger a todo el personal de lavandería. En la prevención Laboral en el montaje de Canalizaciones de Gas en Centros Hospitalarios, los Calefactores Sanitarios tienen que seguir unas pautas y serán responsables de que se cumplan. Se realizará una evaluación del riesgo, del espacio de trabajo y las características de la instalación, las condiciones de seguridad y salud, se comprobará que las instalaciones cumplen el reglamento industrial vigente, en la evaluación de los riesgos se tendrá en cuenta la naturaleza de la instalación que se realice. Se tienen que evaluar aquellos riesgos especiales que se efectúen en las instalaciones y que tendrán un especial control como asegurándonos de que se adoptan las medidas de prevención y protección necesarias para salvaguardar al Calefactor Sociosanitario en su labor de montaje y mantenimiento. En la fase de diseño de un proyecto de instalación de Gas de cualquier instalación Hospitalaria, se necesita una preparación que se hacen anticipadamente para evitar un incendio o explosión. Las medidas apropiadas para evitar el riesgo de incendios o explosiones pueden ser variadas según las circunstancias en que se presente el peligro.

5 Discusión-Conclusión

Es misión del calefactor dentro del hospital, controlar que las instalaciones están cumpliendo todas estas premisas y realizar una formación de seguridad Activa y Pasiva para preparar a los calefactores sanitarios, encargados de mantener estos sistemas, de modo que se garantice su funcionamiento en todo momento y su seguridad. Además, debe verificar y asegurar de forma periódica que los parámetros de seguridad establecidos en el Hospital, para verificar que se encuentran dentro de los límites establecidos por la normativa vigente.

El calefactor velará para que la empresa mantenedora autorizada en seguridad, encargada de la instalación, sea conocedora de los problemas y defectos detectados en las verificaciones y revisiones, además de preparar informes periódicos y registro de todas las actuaciones realizadas.

6 Bibliografía

Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos laborales y el Reglamento de Servicios de Prevención.

Real Decreto 809/2021, de 21 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de equipos a presión y sus Instrucciones Técnicas Complementarias.

Real Decreto 1027/2007, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios (RITE).

Real Decreto 487/2022, de 21 de junio, por el que se establecen los requisitos sanitarios para la prevención y el control de la legionelosis.

Código Técnico de la Edificación, Documento Básico de Salubridad.

Capítulo 210

EL CELADOR EN EL ÁREA DE SERVICIO COVID-19 DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS

1 Introducción

El área de servicio covid-19 es una zona específica de un hospital o centro de salud que se ha habilitado para el tratamiento y cuidado de pacientes que han sido diagnosticados con COVID-19 o que presentan síntomas sospechosos de la enfermedad.

Esta área está diseñada para minimizar el riesgo de contagio y propagación del virus entre pacientes, visitantes y personal del hospital. Se establecen protocolos específicos de prevención y control de infecciones en esta área, que incluyen la utilización de equipos de protección personal (EPP) por parte del personal y medidas de limpieza y desinfección rigurosas.

El área de servicio covid-19 suele estar ubicada en un área separada del resto del hospital, con acceso restringido y controlado. En esta área se disponen de habitaciones aisladas para los pacientes infectados o sospechosos de estarlo, donde pueden recibir el tratamiento médico adecuado y ser monitoreados constantemente (1).

Además, el personal de salud que trabaja en el área de servicio covid-19 suele ser capacitado específicamente para el manejo de pacientes con COVID-19 y debe cumplir con estrictas medidas de seguridad para evitar la propagación del virus.

El celador es un miembro importante del personal sanitario en un hospital y desempeña un papel fundamental en el área de servicio COVID-19. Debido a la pandemia, la atención médica se ha visto desafiada y se han implementado medidas adicionales para garantizar la seguridad del personal sanitario y de los pacientes. En este contexto, el celador juega un papel crucial en el área de servicio COVID-19.

El celador en el área de servicio COVID-19 tiene la responsabilidad de garantizar que los protocolos de seguridad se cumplan en todo momento. Esto incluye el uso de equipo de protección personal adecuado, la limpieza y desinfección de equipos y superficies, y el control del acceso al área de servicio.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:

Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el celador en el área de servicio covid-19 en el hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en todo el mundo, y la creación del área de servicio COVID-19 ha sido una medida clave para enfrentar esta crisis sanitaria. El área de servicio COVID-19 es importante por varias razones.

En primer lugar, el área de servicio COVID-19 es esencial para brindar atención y tratamiento a pacientes infectados con el virus SARS-CoV-2. Los pacientes con COVID-19 pueden requerir atención médica especializada, y el área de servicio

COVID-19 está diseñada para ofrecer servicios médicos de alta calidad y apoyo emocional a estos pacientes.

En segundo lugar, el área de servicio COVID-19 es importante para proteger la salud del personal médico y de otros pacientes en el hospital. Debido a la alta tasa de transmisión del virus, se requieren medidas de seguridad adicionales en el área de servicio COVID-19 para reducir el riesgo de propagación del virus. Esto incluye el uso de equipo de protección personal y el cumplimiento estricto de los protocolos de limpieza y desinfección. El celador en el área de servicio covid-19 dentro del ámbito hospitalario tiene un papel fundamental en la atención a los pacientes y en la prevención de la propagación del virus (2).

Entre las funciones de un celador en el área de servicio covid-19, encontramos la más importante de asegurar la correcta aplicación de las medidas de prevención y control de infecciones en todo momento.

El celador también debe proporcionar información a los pacientes y sus familias sobre las medidas de prevención y las pautas a seguir durante su estancia en el hospital. Se encargan también de ayudar en la movilización y el traslado de los pacientes con la debida precaución para evitar la propagación del virus.

Otra función importante es la de apoyar al personal de enfermería y médico en la atención a los pacientes, por ejemplo, llevando suministros y materiales necesarios a las habitaciones. Deben asegurarse de que el área de servicio covid-19 esté limpia y desinfectada constantemente, tanto las habitaciones como las áreas comunes (3).

Es importante destacar que el celador en el área de servicio covid-19 debe tener conocimientos y habilidades específicas para llevar a cabo sus funciones, como el manejo de equipos de protección personal (EPP), técnicas de limpieza y desinfección, y la capacidad de comunicar información importante de manera clara y efectiva a los pacientes y sus familias. También es esencial que siga los protocolos establecidos para garantizar su propia seguridad y la de los demás.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en el área de servicio covid-19 dentro del ámbito hospitalario es fundamental para la atención y cuidado de los pacientes con COVID-19, así como para la prevención de la propagación del virus en el hospital. Este profesional debe tener conocimientos y habilidades específicas para garanti-

zar la correcta aplicación de las medidas de prevención y control de infecciones, así como para apoyar al personal médico y de enfermería en la atención a los pacientes.

Además, el celador debe ser capaz de comunicar información importante de manera clara y efectiva a los pacientes y sus familias, y seguir los protocolos establecidos para garantizar su propia seguridad y la de los demás. En definitiva, el celador es un eslabón clave en la cadena de atención médica de pacientes con COVID-19 y su trabajo es esencial para garantizar la seguridad y bienestar de todos los involucrados.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funciones-celador-pandemia-covid-19/>

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/PrevencionRRL COVID-19.pdf>

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-gran-labor-del-celador-durante-la-pandemia-covid-19/>

Capítulo 211

EL FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE GASES EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO. LABORES Y MANTENIMIENTOS REALIZADOS POR EL PERSONAL MECÁNICO SANITARIO

ANGEL MIGUEL PINTOR OLIVARES

OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL

ALBERTO AVIVAR ROZALÉN

GABRIEL MOLINA CUESTA

ALONSO PINTOR OLIVARES

1 Introducción

La central de gases en un hospital es una de las zonas menos conocidas por el personal sanitario, los pacientes y las personas que recorren el hospital. Por eso en este capítulo de libro hemos querido detallar con bastante profundidad esta zona ya que es la infraestructura más importante de un centro hospitalario. Se haya anexo al hospital, en él se suministra durante las 24 horas del día, los 365 días del año. El flujo continuo de los distintos gases medicinales y el abastec-

imiento del sistema de vacío. Es un edificio que debe reunir muchos requisitos, en cuanto a seguridades por diferentes riesgos (incendio, explosión, ...); ya que es una zona crítica de vital importancia. Cerca de la central de gases se hallan los depósitos criogénicos que hablaremos en el apartado de metodología un poco más a fondo.

Hablaremos como hemos comentado en el segundo párrafo de las normas de seguridad y de sanidad de este edificio, sus características estructurales que debe cumplir, el conjunto de sistemas de seguridad, protocolos de revisiones diarios en mantenimiento, limpiezas periódicas, etc.

El mantenimiento de esta instalación, es un mantenimiento preventivo basado en revisiones y si hay que cambiar alguna rampa de gases o cargar nitrógeno para la conservación de pruebas. En ningún momento se debe realizar trabajos de gran envergadura ya que este tipo de mantenimiento suele ser realizado por la empresa externa encargada de suministrar los gases al complejo sanitario. Pero no por ello el personal de mantenimiento mecánico es necesario como responsable de su correcto funcionamiento, proporcionando ayuda e información a la empresa de gases.

2 Objetivos

Dar a conocer los diferentes sistemas que hay dentro de la Central de Gases tan importantes para el funcionamiento de los diferentes bloques hospitalarios de un hospital.

Determinar qué funciones ha de realizar el personal de mantenimiento mecánico sanitario (observaciones diarias, limpieza, mantenimientos, comprobaciones de luces, sistemas contra-incendios,...).

3 Metodología

Se realiza una búsqueda y revisión documental del R.D. 2060/2008 del 12 de diciembre, Reglamento de equipos a presión y sus instrucciones técnicas complementarias.

Y de varias normas como:

- UNE-EN ISO 7396-1:2016: Sistemas de canalización para gases medicinales comprimidos y de vacío.
- UNE-EN ISO 10524-2:2007: Reguladores de presión para colector y de línea (ISO 10524-2:2005).

- UNE-EN ISO 15002:2008: Dispositivos de medición del caudal para conexión a unidades terminales de sistemas de canalización de gases medicinales (ISO 15002:2008).

4 Resultados

La Central de Gases Medicinales es un edificio independiente, pero forma parte del complejo hospitalario ha de tener unas estrictas características, ya que en su interior se encuentran almacenados gases medicinales.

El nivel del suelo de la Central de Gases con respecto al suelo del terreno ha de ser plano para facilitar el traslado de botellas al complejo hospitalario y de hormigón. Su construcción es de pilares de hormigón armado con muros de ladrillos y una capa de protección estanco para evitar el paso de las llamas con huecos con rejillas de ventilación de hierro para ventilar el interior y evitar concentraciones de calor o de posibles escapes.

Por normativa debe de haber 2 extintores de polvo seco, un sistema contraincendios con llamada automática a los servicios de emergencias; además, de instalación de cámaras de vigilancia y un sistema de telemetría que de aviso a la sala del control de mantenimiento y del suministrador de gases medicinales en caso de que se agote alguna rampa de gas. A su vez, el edificio debe estar alejado del paso de vehículos.

En el interior de la Central de Gases encontramos distintos elementos que a continuación vamos a enumerar y explicar su funcionamiento:

- Mezclador:

Máquina que recoge una proporción de oxígeno y otra de nitrógeno (desde los depósitos criogénicos que se encuentran fuera). El gas mezclado se llama Aire Medicinal y se distribuye por canalizaciones de (cobre)* hasta llegar a las diferentes zonas de un hospital (UCI, Quirófanos, Urgencias, habitaciones hospitalarias, ...). Este gas es muy utilizado en los centros hospitalarios ya que actúa para terapias respiratorias, sistemas de fuerza en aparatos médicos y utilización de aire comprimido.

Las funciones que realiza el Mecánico Sanitario es comprobar la cantidad y la presión que va a los colectores, comprobar el funcionamiento del equipo que no esté encendido el piloto de emergencia.

- 4 Salas Independientes de Gases y una de Colectores: o Sala de Aire Medicinal: Habitación donde se encuentra las dos rampas de gases (izq/dch) unido mediante tuberías de cobre en color blanco/negro al contador. El contador está compuesto

por 3 relojes indicadores y testigos luminosos para comprobar que rampa está activada.

Hay un reloj a ambos lados indica la cantidad de gas que hay en cada rampa y en el reloj del centro indica la presión total del gas. Las rampas se utilizan en caso de emergencia o fallo de los depósitos criogénicos. o Sala de Oxígeno - O₂:

Igual que en el Aire Medicinal con excepción de que el color de sus tuberías es de color blanco. o Sala de Óxido de Nitrógeno - N₂O (Protóxido de Nitrógeno):

Igual que en el Aire Medicinal y Oxígeno, color de las tuberías en color azul turquesa/blanco. o Sala de Dióxido de Carbono - CO₂ y Nitrógeno - N₂:

Igual que en el Aire Medicinal, Oxígeno y Protóxido, con la excepción de que estos dos gases pueden compartir sala, el color de sus tuberías son de color gris en el Dióxido de Carbono y negro en el Nitrógeno.

Dentro de las funciones de la Central de Gases en las distintas salas, el Personal de Mantenimiento Mecánico Sanitario debe hacer un control diario de la cantidad de gas de las dos rampas, presión, limpieza de botellas y cuarto, comprobación de que las botellas estén bien ancladas a la pared por medio de cadenas. En caso de poca cantidad en una de las rampas cambiar botellas de la rampa afectada y asegurarse que estén bien conectadas y que no existan fugas, así como, controlar el stock de botellas.

- Sala de Colectores:

En esta sala se hayan las tuberías de todos los gases que van al hospital, van con sus colores identificativos y en cada uno de ellos el mecánico sanitario debe comprobar la cantidad de presión de gas que va al hospital.

- Sala Cuarto de Vacío:

Dentro de la Central de Gases en muchos hospitales sobre todo los más nuevos para aprovechar espacios, encontramos la Sala de Vacío. El Vacío tan necesario en un hospital se encarga de succionar fluidos por las tomas de vacío a los vacuómetros (dispositivo que atrapa los líquidos que no son necesarios y los almacena en un depósito para después ser vaciado por el personal sanitario.

En la sala de vacío se encuentran las bombas, dependiendo de cómo sea el complejo hospitalario tendrán una cantidad u otra, pero lo normal es que haya 4 bombas succionadoras. El personal de mantenimiento mecánico debe de comprobar el estado de las bombas, niveles de aceite, conexiones eléctricas, comprobar cuadro eléctrico, niveles de caudal de succión de las bombas en funcionamiento, limpieza, ausencia de ruidos y manchas de aceite.

La sala de rampas de gases medicinales (Aire Medicinal, Oxígeno y Protóxido de Nitrógeno), es un sistema de emergencia en caso de fallo en los tanques criogénicos, o ayuda reforzando el sistema en caso de poca cantidad de gas en los depósi-

tos criogénicos (no se suele dar el caso).

5 Discusión-Conclusión

Para conocer toda la infraestructura de la central de gases, es necesario tener conocimientos de los gases que se hallan y conocer el funcionamiento del mezclador de mezclas.

Establecer protocolos de revisiones diarias en los tres turnos a lo largo del día para verificar posibles averías e incidencias.

Es necesario tener conocimientos de mantenimiento y saber soldar con los distintos procedimientos de soldaduras (en caso de urgencia), ya que debido a que por las tuberías circulan continuamente los gases, es necesario conocerlos y establecer un mantenimiento idóneo y actuar de forma adecuada ante una reparación de esta envergadura.

Además, conocer los planes de emergencia para actuar en caso de incendio o explosión y hacer limpieza periódica de los equipos. En la Central de Gases de haber una iluminación adecuada y comprobar que las luminarias funcionen correctamente, y asegurarse que los aparatos de video-vigilancia y sistemas contraincendios lleven las etiquetas correspondientes de que se pasa una revisión periódica de estos equipos. Además, debe haber por ley una cámara que enfoque a los tanques criogénicos y a la puerta de entrada a la central para evitar que nadie ajeno a las instalaciones pueda pasar.

6 Bibliografía

- Libros de el Mecánico en Instituciones Públicas de la editorial CEP con ISBN: 978-84-681-1778-2 y 978-84-681-1751-5.
- Libro Mecánico de Instituciones Sanitarias. Manual Básico de la editorial Eduforma con ISBN: 978-84-676-8462-9
- R.D. 2060/2008 del 12 de diciembre, Reglamento de equipos a presión y sus instrucciones técnicas complementarias.
- UNE-EN ISO 7396-1:2016: Sistemas de canalización para gases medicinales comprimidos y de vacío.
- UNE-EN ISO 10524-2:2007: Reguladores de presión para colector y de línea.
- UNE-EN ISO 15002:2008: Dispositivos de medición del caudal para conexión a unidades terminales de sistemas de canalización de gases medicinales.

Capítulo 212

LAS LABORES DEL CALEFACTOR SANITARIO EN EL SERVICIO DE LAVANDERIA DE UN HOSPITAL. FUNCIONAMIENTO Y CONTROLES DE MANTENIMIENTO EN EL TÚNEL DE PLANCHADO

ALONSO PINTOR OLIVARES

OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL

LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE

GABRIEL MOLINA CUESTA

1 Introducción

En las reparaciones y mejoras que se realizan en el Servicio de Lavandería de un Hospital, el cual realiza su función el Calefactor Sanitario, podemos encontrar una variedad y una gran multitud de intervenciones en la que el Calefactor tiene que contar con experiencia, ingenio y creatividad a la hora de efectuar y de realizar las reparaciones o mejoras en este tipo de instalaciones, ya sean conducciones de vapor, calefacción, climatización y aguas sanitarias. Podemos mencionar que en la mayoría de intervenciones se realiza un trabajo arduo y bastante minucioso, en el cual el Calefactor tiene que realizar su función en el

menor tiempo posible para evitar parones innecesarios y reducir el tiempo en la resolución del problema, en el cual el Calefactor debe tener la facultad de tener conocimientos de otras materias como puede ser fontanería, mecánica y algo de conocimientos de electricidad, a parte de ser un experto en su materia como es la suya de Calefactor, además tendrá conocimientos de las conducciones de gas como puede ser el gas Natural, Propano y Butano y su trabajo irá muy relacionado con los trabajos que realizan sus compañeros de otros oficios para poder cooperar y resolver averías en las instalaciones a mantener.

2 Objetivos

Explicar el funcionamiento general de una lavandería de un hospital y el papel del personal de calefactores en este servicio.

3 Metodología

Se hace una búsqueda y revisión bibliográfica a partir del Real Decreto 486/1997, de 14 de abril; por el que se aprueba el Reglamento en Instalaciones y puestos de trabajo, como es el caso de la lavandería de un Hospital y de los requisitos que deben ser exigibles en cuanto al diseño de las instalaciones, mantenimientos e inspecciones de los equipos de lavado, sistemas de producción de calor y componentes mecánicos de una instalación de servicio de lavandería.

4 Resultados

El Túnel de Planchado en el servicio de Lavandería de un Hospital, es una máquina de grandes dimensiones, y en ella el personal de lavandería introduce manualmente la ropa pequeña (camisones, batas, pantalones, ropa del personal, etc...) mediante un usillo en el que van colgadas perchas con las predas puestas y en el cual discurren por una guía mecánica hasta la boca del túnel en el cual pasan de una en una y con una distancia de unos 15 centímetros entre si. La percha cuando se aproxima al túnel hace saltar un sensor de proximidad que activa la apertura de la puerta e introduce la ropa humedad al interior mediante un tornillo sin fin.

Cuando la ropa se introduce dentro la puerta de entrada se cierra y por la acción del tornillo sin fin, la va guiando mientras le proporciona el calor suficiente para secarla y no quemarla.

Una vez la ropa va llegando a la puerta de salida que esta cerrada, está se abre cuando va llegando a través de otro sensor y la ropa cae por una guía con pendiente hasta la plegadora mecánica.

Las labores que tiene que realizar el personal de calefactores sanitarios en el túnel de planchado de una lavandería hospitalaria, es meramente de supervisión y comprobación de las tuberías de conducción de calor, equipo de aire, relojes de presión del circuito de presión y limpieza del filtro de pelusa para evitar deficiencias de calor; todo este mantenimiento previene de futuras averías que pudieran originar un fallo en la distribución de ropa de un hospital. Es por ello que el calefactor, debe realizar mediante parte, una serie de controles diarios, semanales, quincenales y mensuales para la comprobación de todos estos elementos.

5 Discusión-Conclusión

El personal de Mantenimiento Calefactores sanitarios debe comprobar y asegurarse de forma periódica que todos los elementos de vapor (tuberías, uniones, sensores de temperatura, manómetros, filtros, retenes y llaves de corte, etc.) para un correcto funcionamiento de estas máquinas. Además, de una limpieza de estos elementos para prevenir fallos de rendimiento y mal funcionamiento del equipo, siguiendo el protocolo de revisiones y de intervenciones, rellenando informes que se pide por parte del fabricante y de empresas externas certificadas según las normas ISO y el Real Decreto 486/1997 del 14 de abril (disposiciones de maquinaria, Ergonomía y mantenimiento en lavandería hospitalaria). Es importante ser eficientes a la hora de solucionar las averías producidas en el conjunto del túnel de planchado, y realizar una serie de controles tanto visuales como técnicos de la maquinaria.

6 Bibliografía

- Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, disposiciones de maquinaria, Ergonomía y mantenimiento en lavandería hospitalaria.
- Distintas páginas webs de las diferentes funciones de mantenimiento y maquinaria industrial (Girbau, Jensen, Domus y Heavy Professional).
- Libro el Calefactor en Instituciones Públicas de la editorial CEP Vol. I, con ISBN: 978-84-681-1040-0.
- Libro el Calefactor en Instituciones Públicas de la editorial CEP Vol. I, con ISBN: 978-84-681-1041-7.

- Libro el Mecánico en Instituciones Públicas de la editorial CEP con ISBN: 978-84-681-1778-2.

Capítulo 213

EL CELADOR EN QUIRÓFANO

ISRAEL MARCHAN LAFUENTE

CARLOS JESUS ANDRADE MORENO

MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE

PAOLA ALMODÓVAR CARDENAS

EVA MORENO BASTANTE

1 Introducción

Los quirófanos dentro de los centros hospitalarios se encuentran situados cerca de la unidad de cuidados intensivos y de urgencias; diferenciados del resto tanto funcional como físicamente.

En los centros de atención primaria se realizan también intervenciones menores para lo cual estos pequeños quirófanos están dotados de un aparataje de menor envergadura. Por lo general las intervenciones menores que no requieren hospitalización tras ella, la gran mayoría se practican en los centros de salud, según los casos.

No en todos los hospitales se realizan todo tipo de intervenciones, por lo que para algunas especialidades los pacientes son derivados al hospital de referencia. Esto tiene lugar dentro de la misma comunidad autónoma y en ocasiones fuera de ella, si para la intervención no cuenta con los medios apropiados el quirófano del hospital en cuestión, tanto a nivel material como profesionales.

Los quirófanos son salas o espacios que encontramos en hospitales o demás centros de atención médica especialmente adaptados para llevar a cabo la práctica de intervenciones quirúrgicas a las personas que lo requieran.

Por regla general en cada centro hospitalario tendrán su propio protocolo de actuación, siendo el común denominador la separación de quirófanos según el tipo de intervención,; así podemos encontrar quirófano de traumatología, de otorrinolaringología, etc.

2 Objetivos

- Sintetizar las funciones del celador dentro del bloque quirúrgico.
- Describir la mecánica de trabajo en quirófano, así como las distintas dependencias de las que constan.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha hecho una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la documentación científica existente. Se han consultado temarios y se ha recopilado información de Internet. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y consulta de artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

El área quirúrgica es el conjunto de dependencias donde se sitúan los quirófanos, vestuarios, pasillos, zonas de lavado y esterilización. Esta área se puede dividir en dos zonas claramente diferenciadas, la zona aséptica y la zona séptica.

Además atendiendo a las normas de asepsia, podemos dividir el quirófano en áreas con diferentes restricciones en lo referente a la circulación de personal, material y pacientes.

Zona negra o sin limitaciones, zona gris o semilimitada y zona blanca o limitada. El antequirófano es la zona donde permanece el celador mientras se realiza la intervención quirúrgica.

Después de cada intervención el paciente es conducido a reanimación donde permanece un tiempo hasta que el celador los traslada de nuevo a su habitación. En algunos casos sucede que el paciente no estaba ingresado previamente a la intervención y tras esta requiere su ingreso, para lo cual se le asigna habitación desde

la unidad de admisión. En el resto de casos que se lleva a cabo una intervención menor, es el celador quien lo lleva a un apartado distinto donde su recuperación requiere de menor atención y control, y en pocas horas va a ser dado de alta.

Por lo general la vestimenta en quirófano suele ser de distinto color al resto, suele ser de color azul.

Respecto a las funciones del celador dentro del quirófano:

- Son los encargados de trasladar a los pacientes desde la habitación en la que se encuentren ingresados hasta el quirófano, sala de reanimación y viceversa, llevando consigo la historia clínica.
- Colaboran en la colocación del paciente en la mesa de operaciones.
- Ayudan en la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran.
- Son los responsables del traslado de documentos, analíticas o pruebas que se lleven a cabo durante la intervención.
- Transportan todos los aparatos o mobiliario que se necesiten.
- Son los encargados de llevar los pacientes fallecidos al mortuario.

5 Discusión-Conclusión

Se ha tratado de resumir lo que es el quirófano dentro de la institución, definir y explicar las funciones básicas del celador en el quirófano.

Llegamos a la conclusión de que el quirófano es un área crítica de cualquier centro hospitalario, ya que es la zona destinada a realizar las intervenciones quirúrgicas a los pacientes.

Tiene unas características propias que la diferencian del resto de unidades asistenciales y es fundamental conocer sus protocolos para garantizar la salud del paciente.

El celador debe estar en posesión de capacidad de trabajo en equipo, ya que es un servicio en el que es fundamental una buena comunicación y coordinación del equipo multidisciplinar del que forma parte.

6 Bibliografía

- 1.-Temario Celador.Editorial Mad
- 2.- <https://conceptodefinicion.de/quiropfano/>.
- 3.- Sonsoles. (2018). Tema 14: Normas de actuación del celador en los quirófanos. 29/12/19, de celadores online de instituciones sanitarias Sitio web: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html>.

4.- Antonio Tercero Igualada; El celador en el sistema nacional de salud.
(23/11/2019).

Capítulo 214

FUNCIONES DEL CELADOR DESTINADO EN EL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

DAVID LEON VILLAR

ANGELES SANCHEZ ALARCON

CARLOS LOPEZ GOMEZ

VIRGINIA HONRADO VILLAR

CANDIDO CUERDA ROBLES

1 Introducción

Para la ejecución del presente capítulo se ha tenido en cuenta la Orden de 5 de julio de 1971 del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Así se ha podido desarrollar y describir las funciones que desempeñan los celadores en atención primaria.

Cuando un paciente llega al centro de salud de atención primaria, es el celador el primer profesional en recibirlo. El celador contesta a las demandas del paciente que muestra sus demandas para la visita al centro. El celador con

Así, se destaca que cuando un paciente acude al centro de salud, la primera persona en recibirlo es el celador. El celador es quien mantiene una pequeña conversación con el paciente para conocer la causa de su llegada al centro de salud.

En este sentido, el celador, con toda amabilidad, le proporciona las indicaciones correctas donde debe acudir el paciente. Además, si el paciente lo requiere, el celador puede acompañar hasta la puerta del servicio estimado al paciente.

El celador de atención primaria está en todo momento disponible para realizar sus funciones, sobretodo, en la puerta principal. Así, si una persona que acude al centro de salud presenta dificultades en la movilidad, el celador facilita una silla de ruedas a los pacientes para la movilidad por el centro de salud.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en el centro de salud de atención primaria.
- Desarrollar las estrategias que desempeña el celador del centro de salud de atención primaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha tenido en cuenta una exhaustiva búsqueda de información a través de diferentes buscadores, así como la lectura de diferentes libros y revistas científicas, dotando de mayor exactitud y precisión de lo expresado en este trabajo. Así, algunos de los buscadores utilizados son Pumed, Google Académico.

4 Resultados

Entre las actuaciones y funciones que lleva a cabo el celador en atención primaria, se destacan:

El celador de atención primaria vela por la vigilancia y seguridad del área, es decir, el celador debe procurar que se establezca un ambiente de silencio que respete al resto de pacientes que se encuentran en dicha área. Además, el celador también es el encargado de colocar y ubicar a los acompañantes de los pacientes, manteniendo el orden en todo momento, evitando aglomeraciones en las inmediaciones de esta área.

Los celadores de atención primaria tienen la potestad de mantener contacto e intercambio de información con el paciente, es decir, el celador puede informar al paciente del lugar en el que se encuentra, donde va a ser trasladado para la

realización de diferentes pruebas o diagnósticos, fechas y horas de próximas consultas, etc. Bajo ninguna circunstancia o concepto, el celador debe proporcionar información sobre el estado de salud, resultados de pruebas o cualquier otro tipo de información fuera de su competencia.

Cuando un paciente acude al área de atención primaria, éste puede presentar dificultades en su movilidad. Por ello, el celador proporciona en todo momento las facilidades para que la estancia del paciente, y el traslado dentro del mismo sea sencillo. Así, cuando el celador de atención primaria observa que el paciente que acude presenta dichas dificultades, le proporciona una silla de ruedas con la que es movido a la dependencia estimada.

El celador de atención primaria también se encarga de la reposición de materiales escasos de las consultas, y en general, de las dependencias del servicio. Por otro lado, los celadores de atención primaria desempeñan funciones de reparto y recogida de documentación, es decir, dentro del área, se encarga de trasladar documentos, historias clínicas

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se destaca la importancia en las tareas y funciones desempeñadas por el celador de atención primaria. De este modo, se observa que, con gracias a las actuaciones llevadas a cabo por el celador, que es la primera persona que establece un contacto directo con el paciente, se asegura que todos los pacientes que acudan a atención primaria reciban una atención cordial, además de una protección personal

Además, con la intervención del celador de atención primaria se permite el correcto desarrollo y funcionamiento interno del servicio, siendo un pilar fundamental, de ayuda y colaboración para todo el personal sanitario.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en atención primaria. Disponible en: <https://essaeformacion.com/>
2. Las funciones del celador en atención primaria. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 215

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE GINECOLOGÍA

DAVID LEON VILLAR

ANGELES SANCHEZ ALARCON

CARLOS LOPEZ GOMEZ

VIRGINIA HONRADO VILLAR

CANDIDO CUERDA ROBLES

1 Introducción

La planta de ginecología del hospital es una unidad que alberga pacientes femeninas con patologías relacionadas con el aparato reproductor y también para pacientes embarazadas y las mamás que recientemente han dado a luz. Por este motivo la unidad de ginecología cuenta con las cunas para los bebés recién nacidos, las unidades del paciente, es decir, las habitaciones, y una pequeña sala para lactancia de los recién nacidos.

La planta de ginecología suele estar situada cercana a las consultas de las ecografías ginecológicas y del servicio de paritorio, para en el caso de tener que realizar el traslado a las mismas por el celador sea lo más rápido posible.

El servicio está conformado por las habitaciones de las pacientes, la zona de nidos y los despachos de los médicos especialistas en ginecología, además de trabajar un equipo de profesionales compuesto por enfermeras, tcas y celadores.

Las pacientes embarazadas ingresan en la unidad porque está próxima la fecha de su alumbramiento o porque tienen alteraciones repentinas durante su embarazo. De este modo las pacientes pueden ingresar desde los monitores del servicio de paritorio, de las consultas urgentes de ginecología, derivadas del servicio del servicio de urgencias hospitalarias o por ingresos programados.

2 Objetivos

-Conocer las funciones que el celador realiza en la planta de ginecología.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

El celador destinado en la planta de ginecología realiza una gran variedad de funciones, a destacar las siguientes:

-Ingresos realizados desde la consulta de urgencia ginecológica de paritorio.

Las pacientes embarazadas que acuden al servicio de urgencias hospitalarias son derivadas, en su totalidad, a la consulta de urgencia ginecológica, situada en el servicio de paritorio, para la exploración correspondiente del ginecólogo o ginecóloga de guardia. En el caso que el especialista decida que la paciente, por la patología que presente, necesita ingresar en planta, será el celador de la planta de ginecología quien realiza dicho ingreso, bien en silla o en cama, dependiendo de su estado, a la habitación asignada por el servicio de admisión, dando cuenta al personal sanitario de su llegada.

En este caso colabora con el personal sanitario a la colocación y acomodo de la cama y paciente dentro de la habitación, dejando la historia de la paciente en el mostrador de la planta, para su posterior revisión y localización por el personal médico.

-Ingreso después de la realización del parto.

Una vez que la parturienta ha dado a luz en el paritorio, pasa al puerperio, donde será controlada durante el tiempo necesario por el personal del mismo. Una vez finalizado el tiempo necesario en el puerperio, el celador de la planta de ginecología, acompañado por una tcae, realiza el traslado de la presente mamá y el recién nacido que es llevado en el cuco por la tcae, hasta la habitación correspondiente de la planta, donde colabora con el personal sanitario a su colocación y acomodo de la paciente.

-Ingreso programado desde admisión general.

Las pacientes que ingresan con una fecha de parto programada, esperan en admisión general a que el celador de la planta acuda al servicio para el traslado hasta la habitación asignada. El celador llevará siempre las historias recibidas en el servicio de admisión, dejando a las pacientes en sus oportunas habitaciones, dando cuenta al personal sanitario de su llegada.

5 Discusión-Conclusión

El celador destinado en la planta de ginecología es parte fundamental del equipo profesional de la misma, que contribuye a un perfecto funcionamiento del servicio, colaborando con el personal sanitario, en todo momento, con los ingresos que surjan y con las incidencias imprevistas que aparezcan en cualquier momento.

El celador de la planta de ginecología debe tener presente preservar la intimidad de las pacientes que dadas sus características se ven expuestas a la visibilidad de partes íntimas de su cuerpo, y por ello debe procurar realizar los traslados con el máximo respeto y siempre tapando con las sabanas o sabanillas a los pacientes.

6 Bibliografía

1. El celador y la paciente embarazada. Disponible en <https://revistamedica.com>
2. Funciones del celador en planta. Disponible en <https://revistamedica.com>
3. El celador en la planta de ginecología. Disponible en

Capítulo 216

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN

DAVID LEON VILLAR

ANGELES SANCHEZ ALARCON

CARLOS LOPEZ GOMEZ

VIRGINIA HONRADO VILLAR

CANDIDO CUERDA ROBLES

1 Introducción

La REA es la nomenclatura del servicio de reanimación del área de quirófanos del centro hospitalario. Este servicio de reanimación cumple las funciones del “despertar” después de las intervenciones quirúrgicas, es decir, tiene la función de controlar las constantes y la evolución de los pacientes recién intervenidos quirúrgicamente.

El equipo de profesionales que desempeñan su labor dentro del servicio, está compuesto por personal sanitario, como son los enfermeros y enfermeras, tcas y los anestesiólogos; y por personal de gestión y servicios, como son los celadores. Dependiendo de la estructura del servicio, generalmente, suele existir un celador destinado en el mismo.

La unidad de reanimación cuenta estructuralmente con un conjunto de boxes vacíos, que dependerá del volumen de pacientes tratados en el centro sanitario, un hospital de referencia o universitario, contará con más número de boxes en el servicio, que un hospital pequeño cuyo volumen sea menor.

La especificidad del servicio, pues se atienden a pacientes de cualquier especialidad quirúrgica, ya sea, traumatología, digestivo, neurología, etc., obliga a que el equipo de profesionales tengan una formación específica y amplia en la atención a estos pacientes, y entre ellos, del mismo modo, el celador.

El servicio está conectado al área de quirófano por un circuito interno, por donde el celador destinado en quirófano traslada al paciente, recibiendo el celador del servicio de reanimación, que lo colocará en un box, previamente indicado por el personal sanitario, donde una vez que el paciente está recuperado de la anestesia, pasará a la unidad de hospitalización correspondiente.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador destinado en el servicio de reanimación.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

Cualquier paciente ingresado cuando va a ser intervenido, es trasladado hasta el área de quirófano, en su propia cama que ocupa, dentro de la unidad hospitalaria de donde procede. Es en esta cama donde el celador de quirófano lo trasladará, una vez finalizada la intervención, hasta el servicio de reanimación, donde permanecerá hasta su recuperación de la anestesia.

Teniendo en cuenta lo anterior, el celador de reanimación, tendrá las siguientes funciones:

- Una vez recibido al paciente desde el quirófano, el celador de reanimación, colocará al paciente en el box asignado, siguiendo las instrucciones del personal sanitario, colaborando con la tcae en el correcto acomodo del paciente y demás aparataje que lleve el mismo, sondas, drenajes, contrapesos, sueros, etc...
- Colabora con la tcae en todo lo referente al cambio de ropa de cama, entremetidas o sábanas, movilizándolo al paciente según las indicaciones de la misma.
- Colabora con el personal sanitario y el técnico de radiología, en casos, de peticiones urgentes de placas radiológicas, movilizándolo al paciente para la correcta posición del chasis radiológico.
- Traslada a los pacientes hasta la unidad de radiología para la realización de pruebas radiológicas, colaborando con el personal aquí destinado en el traspaso o movilización del paciente.
- Traslada a los pacientes hacia sus respectivas unidades hospitalarias, portando la historia del paciente y conociendo la unidad correspondiente, así como el número de habitación asignado.
- Vigila y controla el horario de visitas de los familiares y acompañantes al servicio, procurando que se realice del modo más silencioso posible, indicando el inicio y fin de la misma.
- Traslada toda la documentación que le sea encomendada hacia los servicios que le indiquen, así como todos los aparatos que les sean pedidos dentro del servicio, como, bombas de perfusión, monitores de control, palos de sueros, etc.
- Cumple con diligencia cualquier otra solicitud que le sea encomendada por el personal sanitario, siempre dentro del marco de sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

Al ser este, un servicio especial, el celador destinado en el mismo, tiene que poseer una formación cualificada en la movilización de estos pacientes, puesto que sus intervenciones quirúrgicas son muy recientes, y cualquier movimiento inapropiado puede dislocar o alterar las mismas.

En su función de traslado, por el mismo motivo, el celador tiene que realizarlos con sumo cuidado, prestando especial interés, en cualquier desnivel del suelo, como tapajuntas, al subir y bajar del ascensor; y en el traspaso y colocación del paciente en otras superficies.

El celador en el servicio de reanimación es parte integrante y fundamental del equipo que trabaja en el mismo, aportando su profesionalidad en la recuperación de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en el ámbito quirúrgico. Disponible en <https://revistamedica.com>
2. Funciones del celador en las diferentes áreas hospitalarias. Disponible en <https://www.auxiliar-enfermeria.com>
3. Protocolos de actuación en el área de quirófanos. Disponible en <https://www.chospab.es>

Capítulo 217

EL CELADOR DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SUS FUNCIONES

ISRAEL MARCHAN LAFUENTE

MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE

CARLOS JESUS ANDRADE MORENO

PAOLA ALMODÓVAR CARDENAS

EVA MORENO BASTANTE

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI), es un servicio especializado donde se tratan pacientes en un estado crítico por diferentes factores. No todos los hospitales cuentan con UCI, por lo que son derivados pacientes desde otros hospitales de referencia.

La figura del celador de este servicio sirve de refuerzo al personal sanitario de la unidad, y es el nexo de unión con el resto del hospital.

Son los intensivistas los que valoran la situación del paciente para decidir su ingreso en UCI.

En esta unidad se monitoriza y realizan procedimientos diagnósticos, ayudando a mantener las funciones vitales de los pacientes cuya vida se encuentra en riesgo.

Lo común es que la situación de la UCI esté cerca de Urgencias y del bloque quirúrgico y reanimación.

Suele haber una separación entre los pacientes crítico y los pacientes coronarios. En cada una de estas unidades hay un control de enfermería situado de forma que permita visualizar a todos los pacientes.

Las UCIS son unidades especializadas donde debe haber un aparataje específico como desfibriladores, caudalímetros, respiradores automáticos, aparatos de radiología portátil, ecógrafos, bombas de infusión, monitores de frecuencia cardíaca, marcapasos, etc.

En estas unidades los pacientes que nos encontramos pueden tener diversas patologías como pacientes infartados, shock séptico, trasplantados, pacientes sometidos a cirugía cardiovascular, patologías varias que entrañen riesgo vital, traumatismos craneoencefálico... al ser pacientes con tendencia a la inestabilidad, es muy importante que los profesionales que trabajen en una UCI sepan actuar con rapidez.

Suele haber una UCI pediátrica donde encontramos a los neonatos y menores diferenciando esta de la UCI de adultos. En la UCI pediátrica no suele haber celador, siendo un celador de otros servicios el que tiene asignado acudir con el portátil de rayos en caso necesario, así como encargarse de llevar a esterilización los biberones.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica utilizando palabras clave como:

”Celador de UCI”, “Unidad de Cuidados Intensivos”

Se han consultado también el temario de oposición de la editorial Mad

Así como experiencias personales y de compañeros desempeñando funciones en dicho servicio.

4 Resultados

El celador ejercerá un refuerzo al personal de la unidad y es el punto de unión con otros servicios del hospital.

Tiene que prestar atención al estado de su uniforme y conocer los distintos aislamientos que tienen los pacientes para utilizar batas asépticas, gorro, calzas.

Los celadores que trabajan en UCI debido a las dolencias que presentan los pacientes deben tener un conocimiento exhaustivo de los cambios posturales y la movilización de los mismos, ya que son pacientes encamados.

Cuando se moviliza a un paciente conectado a ventilación artificial, siempre tiene que estar presente un enfermero que vigile los sistemas y conexiones del respirador, tubos y cánulas para evitar que en ningún momento se desconecte la ventilación.

El celador de UCI será el encargado de controlar las visitas haciendo que se cumplan los horarios programados, y que estén debidamente vestidos con batas, gorros y calzas, si así se requiere.

En la UCI las radiografías se suelen hacer con un equipo de Rayos portátil, por lo que el celador ayudará a la movilización de los pacientes bajo las indicaciones de los técnicos de rayos y con la supervisión del personal sanitario, trasladando el aparato portátil a los diversos boxes en que sea necesario.

Correrá a su cargo el traslado de los pacientes (siempre acompañado por personal sanitario como son el enfermero responsable y el facultativo) para la realización de distintas pruebas diagnosticas como pueden ser un TAC, una radiología vascular, etc. hay que tener en cuenta que el paciente está en situación crítica, por lo que se deberá realizar el traslado en el menor tiempo posible y con las mejores medidas de seguridad durante el traslado. El celador deberá llamar al ascensor y bloqueará la puerta para evitar las esperas innecesarias, será el encargado de colocar en la camilla la bala de oxígeno, desfibrilador, monitor, respirador, ambú y todo lo necesario.

El traspaso de cama se hará cuidadosamente para evitar desconectar catéteres, vía... el celador deberá permanecer junto al equipo hasta la finalización del traslado por si se le requiere.

5 Discusión-Conclusión

El celador destinado en Unidad de Cuidados Intensivos, deberá tener formación para realizar cambios posturales, así como conocer las distintas posiciones, ya que, por regla general, los pacientes ingresados en la UCI han de moverse con

mucho cuidado y rapidez, vigilando que no se desconecten sondas, vías, cánulas... La labor del celador en UCI es esencial, ya que colabora con el resto del equipo en aseos, cambios posturales, movilizaciones y traslados. Los pacientes ingresados en UCI, suelen ser pacientes muy graves y críticos, por lo que requieren una atención especializada y personalizada. En la UCI es muy importante el trabajo en equipo y que haya una buena comunicación entre los miembros del mismo para minimizar riesgos, velando por la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador según las áreas donde desempeñe su trabajo.
2. Hgucr.es. [citado el 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/guia-ayuda-celadores.pdf>.
3. Ocronos R. El celador en la UCI. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2021 [citado el 13 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://revistamedica.com/celador-uci/>.

Capítulo 218

EL CELADOR EN FARMACIA HOSPITALARIA

ISRAEL MARCHAN LAFUENTE

MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE

CARLOS JESUS ANDRADE MORENO

PAOLA ALMODÓVAR CARDENAS

EVA MORENO BASTANTE

1 Introducción

En los hospitales existe un Servicio de Farmacia dependiente de la Dirección Médica, se trata de un servicio centralizado al que acceden el resto de unidades del hospital. El responsable del servicio es un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria, y podemos encontrar ejerciendo sus funciones dentro de esta área a farmacéuticos, DUES, TCAES, auxiliares administrativos y celadores.

La farmacia del hospital es la encargada de suministrar la medicación a los pacientes, que son reclamadas por cada servicio o unidad. Son los celadores o TCAES, dependiendo de la petición los encargados de ir a recoger la medicación; aunque hay veces que tratándose de pequeño pedido se envían a través de unos tubos que conectan la farmacia, el servicio de analítica, etc.

Cada hospital sigue sus protocolos en cuanto a las funciones del celador respecto a este servicio. Por regla general es el celador destinado en cada planta el encargado de recoger la medicación mediante carros, donde el personal de farmacia ha

dejado todo lo pedido por el servicio para ese día. Posteriormente vuelve a bajar el carro a farmacia, donde devuelve lo que no se ha necesitado.

El celador destinado exclusivamente en farmacia hospitalaria sirve a las diferentes plantas los pedidos por la mañana, siendo responsable de recoger a lo largo de la tarde cada celador lo pedido por su planta.

2 Objetivos

- Sintetizar las características y funciones del servicio de farmacia dentro del hospital.
- Describir las principales funciones del celador en la farmacia hospitalaria.

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 con contenidos relacionados con el tema de estudio. Como motores de búsqueda se han utilizado palabras clave como farmacia hospitalaria, fármacovigilancia, almacén farmacéutico...

4 Resultados

La farmacia dentro del hospital es el servicio donde se almacenan los productos y materiales necesarios para la elaboración y distribución de medicación. Es el encargado de la distribución de la medicación de los pacientes a las distintas unidades del hospital y la devolución de la medicación no necesaria.

El servicio de farmacia hospitalaria debe garantizar la conservación de la medicación para evitar su deterioro, y poder retirar los lotes que no cumplan los requisitos para su uso, realizando un seguimiento de cada uno de ellos.

El almacén dentro de la farmacia hospitalaria es el lugar donde se depositan todos los productos y materiales necesarios para la elaboración y distribución de medicamentos y materiales necesarios para el tratamiento de los pacientes, también se encarga de la distribución de los mismos hasta las distintas unidades del hospital.

El almacén debe estar perfectamente organizado, la ubicación correcta de los productos facilita el trabajo de distribución y preparación de los pedidos, así como el correcto buen control de los productos para impedir que caduquen.

Uno de los profesionales esenciales en el servicio de farmacia hospitalaria es el celador, entre sus funciones figuran:

- Se encarga de la recepción de paquetes de los proveedores de farmacia. Tiene que cotejar que el material recibido coincide con los albaranes de entrega, si no es correcto lo comunicará al responsable de farmacia, si todo coincide entregará copia del albarán para que se contabilice el pedido, dando la entrada del mismo y así poder clasificar, ordenar y colocar.
- Colocará algunos productos como las garrafas de alcohol, sueros...
- Distribuirá medicación y demás productos galénicos (sueros, nutriciones enterales y parenterales...) de farmacia mediante pedidos a las unidades del hospital.
- Colaborará en los controles e inventarios del almacén de farmacia, realizando recuentos periódicos de material para controlar las existencias reales de los productos almacenados.

El celador es uno de los profesionales esenciales en este servicio ya que de él depende la recepción del material, su comprobación con los albaranes. Transportará el material para el que sea requerido. Será responsable de distribuir la medicación a los distintos servicios del hospital.

Cuando no esté el celador de farmacia, será el celador responsable de cada servicio el encargado de recoger la medicación necesaria para el servicio; una vez que ha terminado el turno del celador de farmacia.

5 Discusión-Conclusión

La farmacia hospitalaria es el lugar donde están almacenados los medicamentos y productos necesarios para el suministro del hospital. Los productos y medicación se deben guardar con una distribución física determinada que hace más fácil su localización; y en condiciones de seguridad y conservación de los productos.

El servicio de farmacia hospitalaria tiene a su cargo la previsión del aprovisionamiento para tener la cantidad necesaria para abastecer al resto de servicios, será el responsable de planificar los pedidos, para lo cual tiene que hacer una tanteo sobre las necesidades antes de su adquisición. Recepcionar y revisar los pedidos, clasificando estos para su colocación. Verificar la perfectas condiciones del pedido. Tendrá almacenada la mercancía en su lugar correcto para su conservación

y distribución

El servicio de farmacia es el eje en torno al que gira el resto del hospital. Cualquier servicio en cualquier momento precisa de la farmacia. Y el celador cursa un papel importante, siendo responsable de numerosas funciones dentro del servicio y sirviendo de nexo para la distribución de medicación en toda la institución.

6 Bibliografía

- 1.- de Enfermería Ocronos RM y. El celador en el Servicio de Farmacia. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2020 [citado el 13 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://revistamedica.com/celador-servicio-de-farmacia/>.
- 2.-Blogspot.com. [citado el 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/test-52-actuacion-del-celador-en-la.html>.
- 3.-Cgtsanidadlpa.org. [citado el 13 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_7.pdf.

Capítulo 219

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

ALBERTO CANTADOR CECILIA

NURIA GARCÍA MONTESINO

OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ

BEATRIZ REDONDO NIETO

PABLO ANTONIO MARIN MADRID

1 Introducción

En cada proceso asistencial, se procesan una serie de datos que tiene que ver con la salud de cada paciente y todas las prestaciones médicas que recibe en general son informes de cómo está y evoluciona el paciente, quedando registrados en un conjunto de documentos al que llamamos de nombre de “historia clínica”, esas historias clínicas, pasan al servicio de documentación clínica bajo su responsabilidad.

El auxiliar administrativo es el personal no sanitario, que tiene que registrar todos esos datos con todos los detalles posibles, conservándolos, custodiándolos y administrándolos correctamente, también debe de recuperarlos de forma selectiva y puede difundirlos siempre y cuando son demandados por el usuario.

Actualmente el modelo de hospital que teníamos ha cambiado hacia un sistema de integración con otros centros o niveles sanitarios, el cual hace que el proceso asistencial sea más ágil, personal, integral y eficiente.

Todos los datos de información clínica, que genera cada paciente, tienen que ser gestionados con total responsabilidad, por el servicio de Documentación Clínica. Por último el servicio de Documentación Clínica dentro de cada centro Hospitalario, es un pilar básico para todas las actividades que se realizan en cada proceso asistencial de un paciente, así como en la confidencialidad de los usuarios.

2 Objetivos

Explicar las funciones y todas aquellas tareas que un auxiliar administrativo debe desempeñar para llevar a cabo un buen trabajo en el servicio de documentación clínica.

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 usaron para la búsqueda bibliográfica, la base de datos Scielo y Pubmed, también el Google Académico, siguiendo unos criterios de búsqueda que hablan de las funciones del Auxiliar Administrativo en Sanidad, con palabras claves, como: documentación sanitaria y documentación clínica, funciones administrativas.

4 Resultados

El auxiliar administrativo debe garantizar, que la historia clínica sea accesible, elaborando las normas, de disponibilidad y acceso a la historia, siempre teniendo presente la legislación, que, en ese momento, esté vigente. Estas normas deberán ser aprobadas por la dirección del centro, y se difundirán para que el resto de profesionales implicados, las conozcan.

Según cada normativa del centro, la información será recuperada, elaborada y difundida, a las entidades ajenas al centro, o personas que lo solicitan.

Dentro de la zona de Documentación Clínica, las funciones y tareas básicas que se realizan por un Auxiliar Administrativo, serían:

- Identificar las historias clínicas de forma permanente, único y exclusivamente, su base, es el fichero de índice de pacientes, que es, donde se encuentran los datos

básicos que identifican a cada uno de los pacientes.

Estos datos tienen que ser actualizados y registrados cada vez que el paciente entre en contacto con el centro, debiendo de seguir los criterios que se establezcan, para evitar duplicidades o errores.

Otra de las funciones del auxiliar administrativo, es el de llevar un seguimiento de calidad de todas las historias clínicas, elaborando y difundiendo, evaluaciones periódicas, junto con los propios servicios clínicos.

Se realizarán estudios sobre muestras, de contenidos de documentos clínicos concretos, para la evaluación de la calidad.

El auxiliar administrativo mantendrá y diseñará el formato de cada historia clínica, siendo bien identificado el sobre o la carpeta, para poder localizarla y archivarla correctamente.

Deberá coordinar, un diseño normalizado de los documentos de la historia clínica, simplificándolo, para que su cumplimentación no requiera de un gran esfuerzo.

Los documentos que hay en cada historia clínica deberán ser revisados con un sistema continuado y adaptándolos a los cambios y necesidades que circunstancias del paso del tiempo requieran.

5 Discusión-Conclusión

Los documentos clínicos están archivados, ordenados y gestionados de forma eficaz y con gran responsabilidad, por el auxiliar administrativo. Esto se hará identificando cada historia clínica de forma individualizada, estando la información del paciente, actualizada siempre y a la mayor brevedad posible, para que, cuando el personal sanitario lo necesite no tenga errores ni malentendidos.

El auxiliar administrativo deberá garantizar que la información que hay esté y sea segura, que se pueda transmitir entre el personal sanitario de forma segura. Por último el papel que desempeña el auxiliar administrativo es importante para una gestión y administración de la información correcta.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/>

www.google.es

Pubmed

Capítulo 220

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS FUNCIONES EN CONSULTAS EXTERNAS

ALBERTO CANTADOR CECILIA

NURIA GARCÍA MONTESINO

OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ

BEATRIZ REDONDO NIETO

PABLO ANTONIO MARIN MADRID

1 Introducción

El servicio de Consultas Externas, es un área del hospital que engloba diferentes especialidades, como cirugía, traumatología, tocología, urología, medicina interna, etc., y al que acuden aquellas personas que no están ingresadas pero que necesitan un tratamiento o control de su patología.

Los usuarios o pacientes que acuden al Servicio de Consultas Externas de un centro Hospitalario, antes de entrar en la consulta del médico, tienen que pasar primero por el auxiliar administrativo, el cual es la persona encargada de confirmar que el paciente acude a la consulta, además de confirmar que ese día tenga cita con el médico.

En las consultas externas de cualquier hospital, se reciben diariamente a diferentes usuarios con diversas necesidades. Por eso se debe diferenciar las funciones que deben realizar los auxiliares administrativo. Así, se podrá minimizar el

tiempo de respuesta o espera a las peticiones de consulta de los pacientes, además de la gestión óptima de las agendas de consultas (primeras consultas, revisiones, preferentes, etc.); ofreciendo siempre una atención personalizada y de calidad al paciente (tanto presencial como telefónica).

Se puede decir que las consultas externas son aquellas donde los actos médicos se realizan de forma ambulatoria para diagnosticar, tratar o revisión de un paciente. Cada consulta se refiere a cada una de las especialidades médicas que existen.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones y tareas de un auxiliar administrativo en el servicio de consultas externas del hospital

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

En las consultas externas de un hospital acuden diariamente multitud de pacientes, por eso debemos diferenciar las funciones que realizan en estas los auxiliares administrativos:

- Atender al paciente solucionando cualquier duda sobre su cita.
- Expedición de los documentos y justificantes sobre las consultas médicas que puedan solicitar los pacientes.
- Realizarán la atención telefónica para la gestión de las consultas.
- Encargarse de gestionar la información, datos y documentación de los pacientes, siempre manteniendo su debida confidencialidad.
- Gestionarán la agenda de fechas y horarios de las consultas.
- Gestionarán la programación de las operaciones de los pacientes.
- Gestionarán el registro de las listas de espera de las operaciones quirúrgicas, así como la inclusión de los usuarios en dichas listas.
- Encargarse de la digitalización de los datos para posteriormente introducirlos en el historial del paciente.

- Establecerán una coordinación entre los diferentes niveles asistenciales del centro hospitalario para la continuidad en la atención de los usuarios que así lo requieran.
- El auxiliar administrativo debe gestionar una serie de datos para la identificación del usuario como su nombre y apellidos, la fecha de nacimiento, teléfono, número de la seguridad social, edad, etc.
- También los datos sobre el médico que ha solicitado la cita en las consultas externas, identificar el área que solicita la consulta y qué servicio solicita, además de gestionar los datos médicos (historia clínica) y clínicos del paciente, así como fechas y horarios de las consultas.
- Gestionarán los motivos de salida del registro de las consultas externas, como la no presentación, el aplazamiento, tanto el solicitado por el propio paciente como por el médico, renuncia voluntaria, etc.

Los auxiliares administrativos, resumiendo sus funciones, las más destacadas son la gestión de la documentación clínica, la información asistencial y la gestión de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de un auxiliar administrativo que presta sus servicios dentro del servicio de consultas externas de un centro hospitalario es de vital importancia, ya que es el personal encargado de prestar ayuda y colaboración al personal médico encargado de pasar consulta del servicio de una forma correcta y ordenada. Además es la persona encargada de coger el teléfono a los usuarios que llaman al servicio de consultas externas, se encarga de dar citas a los pacientes y de la entrega de los justificantes a los pacientes y a sus familiares, etc.

La labor de un auxiliar administrativo en el servicio de consultas externas, es muy importante, por eso debe estar formado para la realización de estas funciones.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.scielo.org

Capítulo 221

LA ATENCIÓN DE RECLAMACIONES, QUEJAS Y SUGERENCIAS EN SANIDAD POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

NURIA GARCÍA MONTESINO

ALBERTO CANTADOR CECILIA

PABLO ANTONIO MARIN MADRID

OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ

BEATRIZ REDONDO NIETO

1 Introducción

Cuando hablamos de denuncias nos referimos a un mecanismo mediante el cual un usuario o paciente, que cree que sus derechos han sido vulnerados o no debidamente considerados, activa las herramientas disponibles para que pueda hacer valer y proteger esos derechos y buscar soluciones. Queja es una expresión o manifestación de malestar o insatisfacción del usuario o paciente con una determinada acción. Una recomendación es una sugerencia de una idea, consejo o acción que un usuario o paciente puede dirigir a un empleado, servicio u organización para una mejora futura. Es una invitación cortés, no una obligación. La presentación de quejas, reclamos o sugerencias por parte de los usuarios de

los servicios de salud o de los pacientes permite un mayor acercamiento entre el personal administrativo y los pacientes, ya que el paciente debe sentir que el regulador gubernamental es importante, se preocupa por su seguridad y protege sus derechos. El contacto entre los implicados en una reclamación o queja, en este caso entre el personal médico o administrativo y el paciente, debe basarse siempre en el respeto mutuo y la tolerancia. Hay un modelo estándar disponible para los pacientes, que se puede obtener del Departamento de Salud, los Servicios de Atención al Paciente del Hospital y las instalaciones médicas.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del auxiliar administrativo ante las reclamaciones, quejas y sugerencias.

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

Cualquier interacción puede dar lugar a conflictos entre el paciente y el personal médico y administrativo del sector sanitario. A menudo surgen problemas durante las consultas médicas o malentendidos. En tales casos es importante conocer la causa del problema para encontrar una solución o un acuerdo. El intermediario en esta área de trabajo suele ser el personal administrativo de cada servicio hospitalario o servicio al usuario. Existen varios métodos que nos permitirán resolver los conflictos que puedan surgir:

- Negociación: consiste en encontrar una solución amistosa y pacífica. - Arbitraje: cuando las dos partes no pueden ponerse de acuerdo, lo normal es que intervenga un tercero, jefe, jefe de servicio, etc. Mediación: Al igual que el arbitraje, se requiere un tercero. Tiene herramientas que un juez no tendría. Mediación: ambas partes están tratando de encontrar un acuerdo o solución, y en lugar de tratar de

resolverlo pacíficamente, habrá un representante legal, llamado mediador, que actuará como un juego de intermediario. La Ley 14/1986, General de Sanidad, sentó las bases de nuestro actual sistema sanitario. En el artículo 10.12 está escrito:

La presentación de quejas, solicitudes y reclamaciones tiene como finalidad la satisfacción y reconocimiento de derechos fundamentales. Se dispone de un modelo estándar para la presentación de quejas, solicitudes y sugerencias a usuarios o pacientes. Se puede encontrar en la sede del Ministerio de Salud, departamentos de servicios hospitalarios y clínicas generales. Estos modelos también están disponibles en centros privados concertados. Una forma o modelo se puede representar de varias maneras:

- Directamente: en las clínicas. El paciente se pondrá en contacto con el servicio correspondiente y recibirá una copia sellada.
- Internet: similar a las transacciones presenciales, requiere que se adjunten documentos. Tras la presentación de los documentos, los servicios correspondientes analizarán cada caso y el paciente recibirá una respuesta por escrito en el plazo previsto.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación de quejas, sugerencias y solicitudes tiene como finalidad el cumplimiento y reconocimiento de derechos fundamentales. Por ello, es fundamental que todos los centros de salud autonómicos (públicos o privados concertados) dispongan de un mecanismo para facilitar la presentación de estos documentos. Esta interacción entre el paciente y el equipo médico y administrativo, por un lado, los acerca, por otro lado, el paciente o usuario siente que la administración pública vela por la seguridad y protección de su derecho con el fin de inspirar creencia. Por otro lado, afecta la calidad del sistema de salud al permitir que los tomadores de decisiones sepan dónde se pueden hacer mejoras para hacerlo más eficiente.

6 Bibliografía

1. Reclamaciones, quejas y sugerencias. PubMed.

Capítulo 222

EL PRINCIPIO DE LA MARCHA ADELANTE POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

ÁNGELES ESTER SÁNCHEZ GARCÍA

FERNANDO GARCÍA PEREZ-CEJUELA

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ

1 Introducción

En una cocina hospitalaria como en cualquier lugar en el que se trabaje con productos alimenticios o con género que sea para el consumo humano se deben de tener unas premisas a la hora de cumplir los cometidos en especial se referencia al pinche de cocina y sus competencias a la hora de manipular los alimentos y una de las reglas prioritarias es la necesidad de ser conocedor del principio de marcha adelante dentro del cometido de sus tareas, cabe destacar que es de suma importancia para los pacientes, usuarios y trabajadores que vayan a consumir ese alimento o menú.

El Principio de Marcha Adelante se refiere a la idea de que, en una cocina, los trabajos deben realizarse en el orden en que se van a servir los platos. Esto garantiza una preparación eficiente y una entrega puntual de los platos a los clientes.

Las Zonas de Trabajo se refieren a las áreas específicas en una cocina donde se realizan tareas específicas, como la preparación de alimentos, la cocción, etc. El Pinche es un ayudante de cocina que se encarga de tareas básicas como cortar ingredientes, preparar salsas, freír alimentos, etc. La función del Pinche es apoyar a los cocineros en la producción de alimentos de manera eficiente y rápida.

2 Objetivos

Indicar el concepto de la marcha adelante en la cocina hospitalaria en los centros hospitalaria por parte de los pinches

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

.

4 Resultados

Como se ha expuesto anteriormente, para poder realizar conveniente y adecuadamente el trabajo de pinche de cocina uno de los cometidos a los cuales debe atenderse y ser conocedor y estar formado en él será el del principio de la marcha adelante.

Principio de Marcha Adelante.

El orden y la estructura en que se organiza la cocina hospitalaria sigue el proceso que se ha de realizar de trabajo con los productos y alimentos. Por ejemplo, si un alimento o producto alimenticio debe ser lavado antes de ser procesado ya sea cocido y servido, el orden de las áreas sería:

- Zona o área de Lavado
- Zona o área de Cocción
- Zona o área de Servido.

Funciones del pinche en la cocina de un hospital en referencia al principio de marcha adelante:

- Preparación de ingredientes: el pinche debe preparar los ingredientes necesarios para la elaboración de los platos.
- Limpieza adecuada y correcta, así como el concerniente corte de verduras y de carnes: el pinche debe ser el encargado y responsable de cortar y limpiar adecuada y correctamente los alimentos de acuerdo a las recetas.
- Cocción de los productos o alimentos: el pinche debe cocinar los alimentos siempre siguiendo las recetas y técnicas culinarias, que se hayan acordado o protocolizado en ese día.
- Organización de la línea de producción: el pinche debe organizar los alimentos y utensilios de acuerdo al principio de marcha adelante, es decir, preparando primero los ingredientes y platos que requieren más tiempo de elaboración.
- Mantenimiento de la higiene: el pinche debe mantener una buena higiene en la cocina, limpiando y desinfectando los utensilios y superficies de trabajo.
- Colaboración con el equipo: el pinche debe trabajar en colaboración con el resto del equipo de cocina para garantizar una buena producción y servicio de los alimentos en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

Como se puede ver de la exposición y de la importancia del cumplimiento exhaustivo a la hora de desempeñar con los requerimientos y acatamiento de la marcha adelante, se destaca que el seguimiento del Principio de Marcha Adelante por parte del pinche en un hospital el cual es el encargado y el responsable de efectuarlo, es esencial para garantizar la eficiencia, la calidad de los alimentos, la reducción de desperdicios, y la mejora de la comunicación. Todo esto contribuye a mejorar la experiencia de los pacientes y el personal en el hospital, y a mantener altos estándares de calidad en el servicio de cocina.

6 Bibliografía

1. Bejarano-Roncancio Jhon Jairo, Cortés-Merchán Astrid Johanna, PinzónEspitia Olga Lucía. Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. *Perspect Nut Hum* [Internet]. Enero de 2016 [citado el 30 de enero de 2023]; 18(1): 77-93. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082016000100077&lng=en. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v18n1a07>

Capítulo 223

FUNCIONES EN UNA COCINA CENTRALIZADA EN HOSPITALES POR EL PINCHE DE COCINA

ÁNGELES ESTER SÁNCHEZ GARCÍA

FERNANDO GARCÍA PEREZ-CEJUELA

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Vamos a hablar sobre las funciones del pinche de cocina en los centros hospitalarios y su actuación sobre la cocina centralizada. La cocina es un espacio en el cual se preparan y organizan se reciben, almacenan y posteriormente se distribuyen alimentos y donde el pinche junto a los cocineros son una parte clave de esta. En un centro hospitalario, esta función es cumplida por la denominada Cocina Centralizada, que es una instalación responsable y encargada de producir comidas que luego son distribuidas a los diferentes departamentos o unidades del hospital para su consumo.

Esta estructura centralizada dentro de los centros o instituciones hospitalarias va a permitir que todas las elaboraciones y que todos los procesos, desde el inicio

que es la recepción de materias primas productos o alimentos hasta la distribución de los productos alimenticios ya elaborados y procesados, se realicen en un solo lugar. Comentamos y destacamos la referencia de cocina centralizada porque existe una gran diferencia a la hora de la logística y funcionamiento con la descentralizada la cual sería que, en una cocina descentralizada, la comida, platos proceso y gestión se elabora en un lugar y su posterior distribución en porciones se efectuara y realiza en el lugar en el que se va a consumir por el usuario o individuo.

2 Objetivos

Exponer la importancia y los cometidos del pinche en una cocina centralizada como es las de los centros o instituciones hospitalarias.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Ventajas de la Cocina Centralizada en el Hospital:

Se reduce el desperdicio de alimentos y se ahorra en costos al distribuir raciones exactas.

Se mejora la higiene de los alimentos, ya que solo son manipulados por el personal de cocina capacitado en normas de higiene.

La presentación de la comida es mejor y se sirve a temperatura adecuada debido a la corta duración entre el emplatado y la entrega al paciente.

El seguimiento correcto en una cocina centralizada en un hospital es esencial para garantizar la eficiencia y la calidad en la preparación y distribución de alimentos. El pinche es una figura clave en este proceso, ya que es responsable de realizar una serie de funciones que contribuyen a la organización de la cocina.

Paso 1: Preparación de los ingredientes

El pinche es responsable de revisar la lista de ingredientes necesarios para la preparación de los alimentos y de asegurarse de que todo esté disponible en la cocina. Si falta algún ingrediente, debe informar al jefe de cocina para que lo adquiera lo antes posible. Además, el pinche debe preparar los ingredientes para su uso, como pelar, cortar o lavar las frutas y verduras, picar la carne, etc.

Paso 2: Preparación de los alimentos

Una vez que los ingredientes están preparados, el pinche debe seguir las recetas y las instrucciones del jefe de cocina para la preparación de los alimentos. Es importante que sea preciso y cuidadoso en su trabajo, ya que la calidad de los alimentos depende en gran medida de ello.

Paso 3: Cocción y asado

El pinche debe ser capaz de utilizar correctamente los equipos de cocción y asado, como estufas, hornos y parrillas, para preparar los alimentos de manera adecuada.

Debe ser cuidadoso con los tiempos y las temperaturas para asegurarse de que los alimentos estén bien cocidos y no se quemén.

Paso 4: Envasado y etiquetado

Una vez que los alimentos están listos, el pinche debe envasarlos y etiquetarlos adecuadamente. Debe incluir información importante como la fecha de preparación, la fecha de vencimiento y las instrucciones de almacenamiento.

También es importante que los alimentos se envasen de manera segura e higiénica para evitar la contaminación.

Paso 5: Limpieza y mantenimiento

El pinche debe limpiar y mantener la cocina, los equipos y los utensilios de cocina.

Debe ser metódico y cuidadoso en su trabajo para asegurarse de que todo esté en buenas condiciones y listo para su uso en el próximo turno de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Como se expone en este texto se evidencia la importancia y esencialidad del seguimiento y cumplimiento de todas y cada una de las normas en higiene y manipulación de alimentos y la organización eficiente de la cocina en un hospital depende en gran medida del trabajo del pinche. Es esencial que el pinche tenga los conocimientos y sobre todo la formación concerniente a los trabajos y labores que se efectúan en una cocina centralizada para que su finalidad y resultados repercutan beneficiosamente tanto en el paciente que va a consumir esos

alimentos, así como en los trabajadores que son beneficiarios del menú o usuarios.

6 Bibliografía

1. Bejarano-Roncancio Jhon Jairo, Cortés-Merchán Astrid Johanna, PinzónEspitia Olga Lucía. Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. *Perspect Nut Hum* [Internet]. Enero de 2016 [citado el 30 de enero de 2023]; 18(1): 77-93. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082016000100077&lng=en. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v18n1a07>.
2. Martín Folgueras Tomás, Velasco Gimeno Cristina, Salcedo Crespo Soledad, Seguro Gurrutxaga Hegoi, Benítez Brito Néstor, Ballesteros Pomar María D et al. Proceso de alimentación hospitalaria. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2019 Jun [citado 2023 Ene 30]; 36 (3): 734-742. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000300034&lng=es. Epub 17-Feb-2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.02543>.

Capítulo 224

LA CADENA ALIMENTICIA EN UN HOSPITAL POR EL PINCHE DE COCINA

FERNANDO GARCÍA PEREZ-CEJUELA

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ

ÁNGELES ESTER SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

La cadena alimentaria en un hospital es el proceso o procedimiento por el cual se abastece las cocinas y almacenes y se provee de abastecimiento y preparación de alimentos y bebidas para pacientes, personal médico y visitantes. Es un aspecto crítico e importante a tener en cuenta para poder garantizar la salud y el bienestar de los pacientes y de los consumidores.

La cadena alimentaria de un hospital incluye los siguientes puntos a realizar como las compras en las cuales se adquieren los productos frescos y en conserva, suministros y equipos necesarios para la preparación de alimentos,

Su posterior selección y almacenamiento, ya que los alimentos se almacenan adecuadamente en refrigeración y congelación para asegurar la garantía en seguridad alimentaria y la frescura de los productos.

Posteriormente se procede a su preparación en la cual se preparan los alimentos siguiendo los estándares de higiene y seguridad alimentaria, utilizando técnicas culinarias adecuadas para garantizar la calidad y la apariencia de los platos.

El siguiente punto será la correspondiente distribución en la cual se procederá a la entrega de los alimentos a los pacientes y se realiza un seguimiento de la entrega para asegurarse de que los pacientes reciban los alimentos a la temperatura adecuada, después de todo este procedimiento en las cocinas todavía queda trabajo por efectuar como es llevar a cabo una limpieza rigurosa de la cocina, los equipos y las áreas de almacenamiento para garantizar la seguridad alimentaria.

2 Objetivos

Exponer la gestión y cronología de la realización y pasos que sigue la cadena alimentaria desde que se inicia el proceso de compra a su manejo y distribución por el pinche de cocina.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La cadena alimentaria en un hospital debe ser siempre y en todo momento supervisada y regulada por los profesionales de la salud y de la alimentación, y debe cumplir exhaustivamente con los estándares de calidad y sobre todo en la seguridad alimentaria. Además, es importante que se lleve a cabo una formación e instrucción continua para así lograr garantizar la competencia, las correctas funciones y la habilidad de los trabajadores y de los profesionales que son participantes en una cocina hospitalaria al respecto de la cadena alimentaria.

La cadena alimentaria en un hospital es un proceso crucial que requiere una atención constante y un enfoque en la seguridad alimentaria para garantizar la salud y el bienestar de los pacientes.

El pinche de cocina en un hospital es responsable de llevar a cabo varios circuitos de trabajo en la cocina, que incluyen:

La gran mayoría de las compras en las cuales se adquieren y se seleccionan convenientemente, los productos frescos y en conserva, selección y almacenamiento, ya sea refrigeración y/ o congelación, a partir de este punto se procede a su procesamiento en la cual se preparan los alimentos.

- Preparación: preparación de ingredientes, corte y mezcla de alimentos para la elaboración de los platos.
- Cocción: cocción de los alimentos utilizando equipos como horno, estufa y plancha.
- Presentación: presentación de los platos para su entrega a los pacientes, incluyendo la adición de salsas, decoración y presentación en platos y bandejas.
- Limpieza: limpieza y desinfección de equipos, superficies de trabajo y áreas de la cocina, siguiendo los estándares de higiene y seguridad alimentaria.
- Almacenamiento: almacenamiento adecuado de alimentos y suministros en refrigeración y congelación para garantizar la frescura y la seguridad alimentaria.
- Control de calidad: verificación de la calidad de los alimentos y bebidas para garantizar que cumplan con los estándares de seguridad alimentaria y calidad.

5 Discusión-Conclusión

Sobra decir que lo más importante de todo lo referido anteriormente en esta exposición lo trascendental de que el pinche de cocina tenga habilidades y manejo culinarias, conocimientos y formación sobre seguridad alimentaria y experiencia en la manipulación de alimentos. También deben estar familiarizados con todo los utensilios y manejo de dietas y por supuesto con los requisitos dietéticos y nutricionales de los pacientes que se beneficiaran de estos menús y trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico, ya sean los nutricionistas, bromatólogos o el superior jerárquico el cual será el que de las directrices a seguir, para garantizar la satisfacción y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Albisu, Marta. Restauración colectiva.
2. Herrera Úbeda, Miguel Ángel (Hospital General Universitario Gregorio Marañón). Las nuevas tecnologías en restauración hospitalaria: su aplicación en el cocinado, conservación y distribución y servicio.
3. Laser Médica. Diseño Seguro de Cocinas en Servicios de Alimentación.

4. MAD. Gestión hostelera. Alimentación: procesos funcionales.
5. Montes, E, Llore, I, López, MA. Diseño y gestión de cocinas.
6. <https://es.scribd.com/document/43659731/Cocina-Hospitalaria-CentralizadaMarcha-Adelante>
(Cocina Hospitalaria Centralizada Marcha Adelante).
7. <http://www.restauracioncolectiva.com>.

Capítulo 225

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL ALMACENAMIENTO DE LOS PRODUCTOS NO PERECEDEROS Y PERECEDEROS

CONCEPCION CARRION CANDEL

PABLO RUEDA DEBLAS

ANTONIO COLMENERO COLMENERO

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

DOMINGO MARTÍN SANCHEZ

1 Introducción

Como es su responsabilidad del pinche de cocina seguir las normas de cocina del hospital, el trabajador y el ayudante de cocina profesional deben almacenar los todos los productos adecuadamente para poder garantizar la seguridad alimentaria y evitar la contaminación cruzada.

La contaminación cruzada es el proceso mediante el cual los microbios u otras sustancias ajenas, como los alérgenos, se transfieren de forma no intencional de un alimento u objeto a otro alimento, con efectos perjudiciales. Para evitar el deterioro y mantener su calidad y la seguridad, tanto de los productos perecederos

como de los no perecederos, deben manipularse y almacenarse adecuadamente. Para mantener un ambiente seguro e higiénico para los pacientes y todo el personal médico, es la responsabilidad del pinche de cocina realizar estas tareas. La gestión eficaz del almacenamiento también minimiza los costes y prolonga la vida útil de los productos.

Para garantizar la seguridad y calidad de los alimentos que se sirven a los pacientes, es fundamental un adecuado almacenamiento de los alimentos en las cocinas de los hospitales. La contaminación cruzada de alimentos debido a malas prácticas de almacenamiento puede hacer que los pacientes se enfermen e incluso mueran. Además, el almacenamiento inadecuado puede acelerar el deterioro de los alimentos, perdiendo tiempo y recursos.

2 Objetivos

Describir la importancia de las tareas del pinche de cocina en cuanto al control de alimentos, almacenamiento y división de productos perecederos de no perecederos.

3 Metodología

Se ha realizado una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre el cuerpo actual de la literatura científica con el fin de elaborar este trabajo. Se realizaron búsquedas exhaustivas de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos, Google y Google Academy, y solo se eligieron publicaciones académicas revisadas por pares con contenido científico.

4 Resultados

Es fundamental que el trabajador profesional de pinche de cocina en una cocina hospitalaria comprenda y cumpla con todas las directivas y normas que le brinden sus superiores jerárquicos y que estas estén fundamentadas en las normas sanitarias y procedimientos de almacenamiento establecidos por la cocina hospitalaria. Esto incluye la identificación, clasificación y almacenamiento de productos perecederos y no perecederos por separado, así como el seguimiento crucial.

Recuerda que las fechas de caducidad y respeta en todo momento las temperaturas recomendadas para cada tipo de alimento para poder asegurar su conser-

vación.

Para detener el desarrollo de bacterias dañinas, por ejemplo, los productos perecederos como la carne, el pescado y los productos lácteos deben mantenerse en el refrigerador a una temperatura adecuada. Sin embargo, la mercancía tienen otro tipo de temperatura que debemos respetar para así poder conservar correctamente los alimentos transportados.

Las especias, los cereales y las conservas deben mantenerse secos y frescos para evitar la acumulación de humedad y el deterioro.

Para evitar la pérdida de alimentos y minimizar el desperdicio, el pinche de cocina debe rotar los productos y asegurarse de que los productos más antiguos se usen siempre antes que los más nuevos.

Para garantizar que los productos no se usen después de su fecha de vencimiento, el gerente de cocina debe mantener registros precisos de todos los alimentos almacenados y su fecha de vencimiento.

Cabe señalar que la gestión eficaz del almacenamiento de alimentos en la cocina de un hospital es crucial para garantizar la seguridad alimentaria, reducir el desperdicio y mejorar la productividad de la cocina. Para mantener un ambiente seguro y saludable para los pacientes y el personal, el pinche de cocina es responsable de realizar estas tareas de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el pinche de cocina es un miembro esencial de la cocina del hospital y juega un papel importante para garantizar la seguridad y la calidad de los alimentos que se brindan a los pacientes. Es crucial almacenar los alimentos correctamente porque las prácticas de almacenamiento inadecuadas pueden provocar la contaminación cruzada de los alimentos y enfermedades graves del paciente.

En mi opinión, para garantizar la seguridad alimentaria y la eficiencia de la cocina, el pinche de cocina debe estar bien formado y ser consciente de sus funciones. Mantener registros precisos del almacenamiento de alimentos y adherirse estrictamente a las reglas y procedimientos establecidos son requisitos.

Es imposible subestimar lo crucial que es el papel del pinche de cocina en el almacenamiento de alimentos en la cocina del hospital. Para garantizar la seguridad alimentaria y la eficacia en él, su trabajo es fundamental y siempre debe ser respetado y alentado.

6 Bibliografia

- https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5163/1/CC_05_05.pdf
- Pubmed

Capítulo 226

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PACIENTES A LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS CLÍNICAS

MARIA JOSÉ ARENAS DE LAMO

1 Introducción

El acompañamiento de los pacientes durante la realización de pruebas clínicas es muy importante por varias razones.

La primera es que brinda apoyo emocional ya que el proceso de realización de una prueba clínica puede ser estresante y angustiante para el paciente. El acompañamiento de un celador puede brindar al paciente apoyo emocional, reducir la ansiedad y mejorar su bienestar emocional. La segunda es que mejora la calidad de la atención y el celador puede actuar como un enlace entre el paciente y el personal médico que realiza la prueba, asegurándose de que la comunicación sea efectiva y de que se aborden todas las necesidades del paciente. De esta manera, se puede mejorar la calidad de la atención médica que recibe el paciente (1).

También promueve la seguridad del paciente y el celador puede asegurarse de que el paciente esté seguro durante la realización de la prueba, evitando accidentes o situaciones de riesgo. Además, el celador puede tomar medidas preventivas en caso de que surja alguna emergencia. Si el paciente se siente acompañado y apoyado durante la realización de la prueba, es más probable que cumpla con el tratamiento médico y siga las recomendaciones de su médico.

El celador es un miembro fundamental del personal sanitario en un hospital, y tiene un papel importante en el acompañamiento de los pacientes a la realización

de pruebas clínicas. Las pruebas clínicas son esenciales para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y el celador es el encargado de garantizar que los pacientes sean llevados a las pruebas de manera segura y oportuna.

El celador es responsable de ayudar al paciente a movilizarse hacia y desde las pruebas clínicas, asegurándose de que llegue a tiempo y de manera segura. También es responsable de garantizar que el equipo y el material necesario para las pruebas estén listos y preparados para su uso.

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el celador durante el acompañamiento de los pacientes en la realización de pruebas clínicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las pruebas clínicas son una parte esencial de la atención médica y juegan un papel crucial en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Estas pruebas permiten a los médicos evaluar la salud de los pacientes y determinar si tienen alguna afección o enfermedad.

La realización de pruebas clínicas es importante porque puede ayudar a los médicos a identificar enfermedades en etapas tempranas, lo que aumenta las posibilidades de un tratamiento exitoso. Además, las pruebas pueden ayudar a los médicos a evaluar el progreso del tratamiento y a ajustarlo según sea necesario (2).

El celador es un profesional de la salud que desempeña un papel importante en el acompañamiento de los pacientes durante la realización de pruebas clínicas. Algunas de las funciones que puede desempeñar el celador es informar al paciente:

El celador debe informar al paciente sobre la prueba que se va a realizar y responder a cualquier pregunta que pueda tener. Es importante que el paciente se sienta cómodo y seguro durante todo el proceso.

El celador puede ayudar al paciente a prepararse para la prueba, por ejemplo, indicándole si necesita ayuno previo, si debe llevar algún tipo de ropa específica o si se requiere algún tipo de preparación previa. También se encarga del traslado del paciente y puede ayudar al paciente a trasladarse desde su habitación hasta el área donde se realizará la prueba. Debe asegurarse de que el paciente se sienta cómodo y seguro durante el traslado (3).

Además, este profesional puede acompañar al paciente durante la prueba para brindarle apoyo emocional y asegurarse de que se sienta cómodo en todo momento. También puede comunicarse con el personal médico que realiza la prueba para coordinar el proceso y asegurarse de que el paciente reciba el mejor cuidado posible.

Después de la prueba, el celador puede ayudar al paciente a regresar a su habitación y asegurarse de que esté cómodo y tranquilo.

En resumen, el celador desempeña un papel importante en el acompañamiento de los pacientes durante la realización de pruebas clínicas, brindándoles apoyo emocional, asegurándose de que estén cómodos y coordinando el proceso con el personal médico para garantizar el mejor cuidado posible para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en el acompañamiento de los pacientes durante la realización de pruebas clínicas es fundamental para el bienestar emocional, la seguridad y la calidad de atención médica del paciente. El celador puede informar al paciente sobre la prueba que se va a realizar, ayudarlo a prepararse, acompañarlo durante la prueba, comunicarse con el personal médico, y brindarle apoyo emocional y ayuda después de la prueba.

La presencia del celador es clave para garantizar que el paciente se sienta seguro, cómodo y cuidado durante todo el proceso. Por lo tanto, es importante valorar y reconocer el importante rol que desempeña el celador en el cuidado y atención de los pacientes en el entorno clínico.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/funciones-generales-celador/>.

- <https://www.formacionalcala.com/articulos/160/cuales-son-las-funciones-de-un-celador>.
- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-en-una-planta-de-hospitalizacion/>.

Capítulo 227

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LOS RIESGOS DE LAS HERIDAS Y CORTES

CONCEPCION CARRION CANDEL

PABLO RUEDA DEBLAS

ANTONIO COLMENERO COLMENERO

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

DOMINGO MARTÍN SANCHEZ

1 Introducción

Hablaremos de los riesgos a los que se enfrentan los pinches de cocina de los hospitales. La abundancia de ofertas de trabajo para el puesto de pinches de cocina en instalaciones médicas hospitalarias, debe llevar mucho tiempo. Por lo tanto, se ha duplicado en los últimos años la cantidad de investigaciones sobre las condiciones de trabajo de este grupo de empleados con mucha más precisión.

El personal sanitario y no sanitario, deben conocer una serie de riesgos laborales habituales en su ámbito de trabajo como son los ayudantes de cocina en un hospital para poder tomar las precauciones necesarias.

La investigación sobre las condiciones laborales de este colectivo se ha incrementado debido a que el trabajo que realizan los ayudantes de cocina en los centros médicos incluye una gran variedad de tareas que demandan una importante

carga y responsabilidad de trabajo. Los profesionales de la salud se enfrentan a una serie de riesgos laborales que ocurren con frecuencia en el trabajo, como el riesgo de lesión y amputación. Con el 45% de los incidentes relacionados con lesiones en manos y dedos, cocinar representó el mayor riesgo. Riesgo de lesiones asociado con el uso de equipos, herramientas y objetos afilados, como picadoras, licuadoras y otras herramientas de corte.

2 Objetivos

Dar una explicación de los factores fundamentales a considerar en la prevención de heridas y cortes en la cocina de un hospital.

3 Metodología

Se llevó a cabo una investigación exhaustiva y una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo de literatura científica publicada para desarrollar el presente trabajo. Se utilizaron Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar para buscar artículos de las principales bases de datos, y se utilizaron para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

El tema tratado en este capítulo es crucial y debe manejarse con cuidado personal y experto. Las interrupciones en la cocina del hospital pueden provocar una variedad de problemas, cada uno con un grado diferente de gravedad.

Las lesiones y los cortes son uno de los mayores riesgos cuando se trabaja en la cocina porque las rebanadoras, picadoras y trituradoras con frecuencia cortan y perforan al usar numerosas herramientas como cuchillos y tijeras. Además, los bordes afilados, las puntas y las latas son solo algunos ejemplos de las materias primas y los recipientes que pueden lastimarlo.

La mejor medida de seguridad para las herramientas de corte es que sean extremadamente afiladas y tengan mangos de material antideslizante. Si es necesario, marque las superficies seguras y póngase guantes. Observe el filo y su dirección cuando no esté en uso, guárdelo en un estuche o soporte después de usarlo y manténgase alejado del cuerpo del operador en todo momento. Se deben seguir las instrucciones del fabricante y las pautas de uso de los interruptores automáticos.

Varillas de empuje para la desconexión de la alimentación durante el mantenimiento y la limpieza. Debe hacer uso de la papelera si necesita recoger cualquier cerámica rota, vidrio o platos que hayan quedado en el piso. Siempre se recomienda usar guantes dentro del fregadero. El uso adecuado de los utensilios auxiliares de cocina en un hospital repercute en la atención al paciente y facilita el trabajo. Las principales causas son el mal almacenamiento, los equipos defectuosos y el uso inadecuado que puede producir causas de las lesiones. Recuerde siempre las normas para las cocinas de los centros de salud y, en caso de emergencia, considere cada acción a tomar, especialmente la limpieza de los miembros del personal lesionados.

5 Discusión-Conclusión

Este tipo de accidentes en la cocina de un hospital causa muchas víctimas cada año. El programa de formación para ayudantes de cocina incluye una variedad de medidas preventivas que se deben tomar para reducir el riesgo de lesiones y cortes de los ayudantes de cocina que trabajan en los centros de salud. Los más fundamentales son la compra de equipos y la educación de las personas sobre cómo usar correctamente las herramientas manuales y eléctricas que, entre otras cosas, entregan guantes con la marca CE.

En beneficio de los pacientes y, especialmente, del personal, es fundamental que todas las cocinas sanitarias cumplan con todos los requisitos legales.

6 Bibliografía

-www.revistamedica.com
-www.google.com

Capítulo 228

LA COCINA CALIENTE EN LOS HOSPITALES POR EL PINCHE DE COCINA

PABLO RUEDA DEBLAS

ANTONIO COLMENERO COLMENERO

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

DOMINGO MARTÍN SANCHEZ

CONCEPCION CARRION CANDEL

1 Introducción

Para garantizar la calidad de la comida que se sirve a los pacientes en las cocinas de los hospitales, la llamada "cocina caliente" es fundamental. Los platos se elaboran según este sistema de elaboración justo antes de servir y ser consumido y manteniendo una temperatura en el centro del producto igual o superior a 65°C desde el momento de su creación hasta su consumo.

El pinche de cocina del hospital es fundamental en este proceso porque es el encargado de cocinar los alimentos utilizando una variedad de electrodomésticos, incluidos hornos, freidoras, teteras, planchas y más. Además, el seguimiento es fundamental.

Utilice equipos de producción con programación de tiempo y temperatura y termómetros para verificar continuamente la temperatura de los alimentos que se están produciendo un sistema de alarma para el control.

Este método de producción ha estado en uso por un tiempo porque puede producir rápidamente una variedad de menús manteniendo el valor nutricional de los alimentos.

Sin embargo, puede ser necesario agregar más personal, espacio y equipo cuando se debe preparar una gran cantidad de raciones. Además, antes de las comidas, el ritmo de trabajo puede acelerarse y la comida debe servirse de inmediato.

Como resultado, puede ser difícil implementar un mecanismo de control de calidad eficiente.

2 Objetivos

Exponer las características y especificidades de la cocina ocupada en el entorno médico, como se ve en la imagen del pinche de cocina del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada. Se encontraron artículos científicos seleccionados de publicaciones académicas revisadas por pares mediante una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las dos principales bases de datos: Google y Google Academy.

4 Resultados

Para comedores colectivos que atienden a un número reducido de comensales y tienen la cocina en el medio, la producción en cadena caliente es adecuada. Pero dado que la comida no se mantendría a la temperatura adecuada, puede ser un desafío transportar alimentos preparados a largas distancias.

El pinche de cocina del hospital desempeña una parte esencial del sistema de producción de la línea caliente de la cocina caliente del hospital. Lo primero que hace es asegurarse de que toda la comida se mantenga dentro.

Desde que se prepara el alimento hasta que se consume, debe mantenerse a una temperatura adecuada, que es de 65°C o más en el centro del producto.

Para ello, el pinche de cocina del hospital mide la temperatura de los alimentos con un termómetro para asegurarse de que cumplan con los estándares de calidad. Para asegurarse de que se sigan los estándares predeterminados, también está

a cargo de monitorear los equipos de producción, incluida la programación de tiempo y temperatura y los sistemas de control de alarmas.

El pinche de cocina del hospital juega un papel crucial en la preparación de los platos. Usted debe comprender las diversas técnicas de cocción, como las que se utilizan con hornos, freidoras, teteras y planchas para garantizar que el centro del producto alcance los 65–70°C. Para garantizar la calidad y el sabor de los alimentos, también debe conocer los distintos tipos de alimentos y cómo prepararlos adecuadamente.

Mantener el correcto orden y limpieza en la cocina es otro de los deberes del pinche de cocina del hospital. Los utensilios, equipos y platos siempre deben limpiarse y desinfectarse adecuadamente para mantener los más altos niveles de higiene y seguridad.

Servir la comida es una parte crucial del trabajo del pinche de cocina del hospital. Es importante asegurarse de que la comida se sirva caliente y perfectamente cocinada. Además, debe estar listo para responder las necesidades de los pacientes, particularmente aquellos que tienen necesidades dietéticas específicas o alergias alimentarias.

El sistema de producción de línea caliente de la cocina caliente en hospitales incluye al ayudante de cocina hospitalaria como componente crítico. Son los responsables de mantener los alimentos a la temperatura adecuada, prepararlos y servirlos correctamente, y mantener la cocina en buen estado y orden.

5 Discusión-Conclusión

En un entorno hospitalario, la producción de la línea directa se ve muy afectada por el pinche de cocina. Para asegurar que se mantenga el valor nutritivo de los alimentos y que los pacientes reciban una alimentación adecuada y segura, el trabajo del ayudante de cocina es mantener la temperatura adecuada de los alimentos durante su preparación y consumo. También deben trabajar con las herramientas y equipos necesarios para garantizar que la producción sea efectiva y que se cumplan los estándares de calidad y seguridad alimentaria. El pinche de cocina debe ser capaz de seguir el ritmo acelerado de trabajo antes de las comidas y garantizar que los alimentos se entreguen a tiempo y a la temperatura adecuada. Para garantizar que los pacientes en los hospitales reciban alimentos sanos y seguros, el papel del pinche de cocina en la producción de la línea directa es fundamental.

6 Bibliografía

-www.google.com

-www.revistamedica.com

Capítulo 229

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU ACTUACIÓN EN RELACIÓN CON LAS PRESTACIONES SANITARIAS

ALEJANDRO RODRIGUEZ SANCHEZ

MARIA TERESA FUENTES DOMÍNGUEZ

AURORA FERNÁNDEZ CASTILLEJO

NEREA GARCÍA DE LA TORRE

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

1 Introducción

Todos los ciudadanos tienen derecho a poder ser informados por todas las Administraciones competentes hospitalarias y a través de aquellos órganos en los que estén agrupados o representados sobre las restricciones que están permitidas y que se rigen por la normativa vigente, tanto en materia de salud pública. Estos derechos se recogen en los siguientes ámbitos:

- Deben de ser conscientes de todos sus derechos legales y cómo poder ejercerlos.
- Se les debe presentar la información de una manera que les resulte más fácil de comprender, desglosándola en los distintos grupos a los que afecta. Además, debe ser accesible y en las situaciones adecuadas las personas con una variedad de discapacidades. En toda situación de participación en iniciativas de salud pública, todo usuario tiene derecho a que se respete tanto su intimidad familiar y personal.

- Deben conocer estas actividades, las diversas ventajas para la salud pública que pueden ofrecer, así como su naturaleza, contenido y accesibilidad.
- Aprender sobre los riesgos, tales como riesgos químicos, físicos, biológicos, climáticos, ambientales y otros; y condiciones de la salud.

El empleado encargado de supervisar la documentación clínica de los pacientes ingresados en los distintos centros de salud es el auxiliar administrativo.

2 Objetivos

Conocer la importancia de brindar una atención adecuada a quienes utilizan los servicios públicos de salud, así como los procesos sobre los cuales tiene control el auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada. Las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, se han buscado minuciosamente en busca de libros y artículos, y se han elegido aquellos con contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

Para poder brindar a los ciudadanos una gama de servicios, incluidos los servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, el Sistema Nacional de Salud debe incorporarse al marco de las prestaciones de salud. Los rasgos fundamentales para poder tener una adecuada conducta profesional en relación con la dependencia son:

- Brindar apoyo a los cuidadores no remunerados y a todas las familias de los pacientes.
- Brindar atención continua, interdisciplinaria, individualizada e integral.
- Centrar su atención en preservar el bienestar de las personas que viven tanto en sus propios hogares como en entornos sociales y familiares.
- Tomar decisiones informadas sobre la atención que deben recibir las personas, sus familias o quienes hablan por ellos.
- Rehabilitación a nivel social, psicológico y físico para poder fomentar el más alto nivel de la autonomía.

- Identificación temprana de quienes están en riesgo.
- Reenfocar los beneficios en lo esencial y ventajoso.
- Énfasis en la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y la defensa. Para poder garantizar que los usuarios del sistema de salud pública reciban una atención adecuada, un plan de confort debe incluir los elementos que se enumeran a continuación:
- Promover el fácil acceso a toda la información que requieren los usuarios, proporcionándoles manuales de usuario, carteles informativos, aplicaciones para teléfonos inteligentes, etc.
- Humanizar y mejorar el trato a todos los usuarios a través de planes de acción que apoyen la implementación del derecho a la privacidad, confidencialidad e intimidad.
- Durante la vigencia del Plan se evalúa y controla el seguimiento.
- Coadyuvar a potenciar los canales de comunicación de la información que demandan los usuarios, ya sea del sector administrativo, sanitario, de atención al paciente o que intervienen en el sistema de salud.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de un auxiliar administrativo son cruciales e imprescindibles en los centros de salud. Ayudan e inspiran a los profesionales de la salud pública a trabajar como un gran y exitoso equipo, que se basa en la búsqueda de la excelencia, la responsabilidad y la integridad, la construcción de la confianza, la humanidad, la dedicación y, lo que es más importante, el respeto. En los centros de salud, los auxiliares administrativos tienen un papel fundamental que desempeñar, y sus valores y funciones son cruciales. Como resultado de lo que hacemos, la satisfacción del usuario aumentará. Se requiere que reciban de estos equipos la atención que necesitan para mejorar su propia salud y la de los demás, creando un ambiente positivo para el equipo, el paciente y la familia.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 230

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

ALEJANDRO RODRIGUEZ SANCHEZ

MARIA TERESA FUENTES DOMÍNGUEZ

AURORA FERNÁNDEZ CASTILLEJO

NEREA GARCÍA DE LA TORRE

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

1 Introducción

Una parte esencial de la Atención Primaria y Especializada en el sector médico es el Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Con el fin de asegurar el uso efectivo de los recursos disponibles y la cohesión organizacional en relación con el paciente y su proceso de atención, su función principal es articular y coordinar las actividades que se realizan en torno a la atención médica.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es una estructura de apoyo hospitalaria encargada de gestionar el flujo de pacientes a través de los distintos servicios que presta la Gestión Integral de Atención, así como de tramitar su documentación clínica y los datos médicos generados.

La organización del servicio se basa en una serie de herramientas, requisitos organizativos fundamentales e infraestructura. La definición y creación de archivos

y registros de acuerdo con la información a manejar, así como la capacitación permanente del personal auxiliar administrativo, son fundamentales. Para asegurar la capacidad y eficacia del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, la evaluación continua es fundamental. Para realizar las evaluaciones se utilizan indicadores de actividad y calidad, que también incluyen los servicios clínicos. Esto fomenta una cultura de gestión compartida entre las unidades asistenciales y el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

En definitiva, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica es un componente crucial de la industria médica que asegura el uso eficaz de los recursos y la cohesión de la organización con respecto al paciente y su atención. La organización del servicio se basa en una serie de herramientas, requisitos organizativos fundamentales y requisitos de infraestructura. Se evalúa continuamente para asegurar su rendimiento y capacidad.

2 Objetivos

- Enumerar las tareas del auxiliar administrativo que debe realizar para garantizar el buen funcionamiento del servicio de admisión de pacientes.

3 Metodología

Como parte de la investigación para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada.

Seleccionando artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares, se realizó una búsqueda exhaustiva de libros. Adicionalmente, se consultaron artículos en los sitios web congresosicepa.com y revistamedica.com.

4 Resultados

El auxiliar administrativo del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, como responsable de su realización, tiene un papel fundamental en el proceso asistencial.

Un auxiliar administrativo en este campo generalmente realiza las siguientes tareas principales:

- Registro y recepción de pacientes: El auxiliar administrativo es el encargado de recibir y registrar a los pacientes que llegan al Servicio de Admisión y Doc-

umentación Clínica, asegurándose de que todos los datos pertinentes estén correctamente ingresados y actualizados en el sistema informático.

- Programación de citas: en muchos casos, el asistente administrativo también está a cargo de programar citas de pacientes con varios proveedores de atención médica, asegurando que los tiempos de espera se reduzcan al mínimo y que los pacientes puedan obtener la ayuda que necesitan cuando la necesitan.
- Tramitación de la documentación: El auxiliar administrativo es el encargado de llevar el control de todos los expedientes clínicos y administrativos de los pacientes, asegurándose de que sean precisos, actuales y accesibles para los profesionales.

Siempre necesitado por los profesionales de la salud.

- Coordinación y comunicación con otros servicios: Una responsabilidad clave del asistente administrativo en un hospital o centro de salud es coordinar y comunicarse con otros servicios para asegurar que los pacientes sean derivados adecuadamente.

Los registros médicos deben manejarse adecuadamente para los pacientes.

Los auxiliares administrativos del Servicio de Admisión y Documentación Clínica necesitan poseer una variedad de habilidades y competencias para realizar estas tareas de manera efectiva. Estos incluyen estar bien organizado, tener habilidades de comunicación efectivas, tener conocimientos de informática y prestar mucha atención a los detalles y la precisión en su trabajo.

En resumen, el auxiliar administrativo es un miembro fundamental del equipo del Servicio de Documentación y Admisión Clínica que vela por el buen funcionamiento del departamento. Su trabajo también afecta significativamente la eficacia y el calibre de la atención médica que reciben los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La organización y eficacia de los servicios de atención médica en cualquier centro de salud dependen fundamentalmente del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Para garantizar el acceso a las prestaciones en condiciones de auténtica igualdad, esta unidad se encarga de organizar y priorizar las actividades relacionadas con la atención médica.

La gestión de los datos clínicos así como de la información generada en materia asistencial es otra de las funciones del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

El auxiliar administrativo es fundamental para la gestión de pacientes y la documentación clínica de este servicio. Estas personas deben contar con las her-

ramientas y recursos necesarios además de una formación adecuada para realizar con eficacia y eficiencia su trabajo.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admisiondocumentacion-clinica/>.
2. <https://congresosicepa.com/funcion-administrativo-admision-documentacion-clinica/>.

Capítulo 231

AGRESIONES AL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

ALEJANDRO RODRIGUEZ SANCHEZ

MARIA TERESA FUENTES DOMÍNGUEZ

AURORA FERNÁNDEZ CASTILLEJO

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

NEREA GARCÍA DE LA TORRE

1 Introducción

Actualmente, los usuarios de los servicios públicos de salud y los familiares de los usuarios atacan casi todos los días al personal no sanitario.

Uno de los factores que contribuyen a esto es la espera, las filas que se forman como resultado de la falta de personal y la falta de personal, lo que provoca un retraso para el resto de los empleados.

La negativa del paciente a seguir un procedimiento administrativo también puede dar lugar a discusiones y malas conductas porque no está siguiendo las normas o desconoce el protocolo, o está intentando obtener un tratamiento que no se ajusta a sus necesidades, etc.

Debemos manejar cada situación de la manera más profesional y efectiva que podamos, al mismo tiempo que somos conscientes de cómo implementar los controles apropiados para disminuir este tipo de hostilidad. Para lograr esto, debemos examinar el área en la que nos encontramos y establecer el protocolo de seguridad ante agresiones hospitalarias.

La instalación de pulsadores de alarma con conexiones internas, la colocación de mobiliario en lugar adecuado para que el paciente no pueda acceder al espacio de administración, la colocación de carteles con pasajes del Código Penal en las salas de espera, el aviso a seguridad cuando sospechemos que la situación se está complicando y, en su caso, la comunicación de los ataques a la dirección del centro de salud.

2 Objetivos

Dar a conocer medidas sobre cómo prevenir o manejar los ataques que ha experimentado el personal auxiliar administrativo en el servicio de quejas y reclamaciones.

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

Es posible concluir que hay formas de saber manejar este tipo de situaciones de la mejor manera tras revisar toda la información extraída de la bibliografía existente sobre agresiones verbales. Por una variedad de razones y circunstancias, el asistente administrativo actualmente encuentra algunas dificultades al hablar con el paciente.

Todos debemos tener en cuenta y debemos saber que podemos experimentar un estrés significativo. Aplicar estrategias a la situación no solo para nosotros como auxiliares administrativos, sino también para el resto de nuestros compañeros de trabajo en el ámbito sanitario y no sanitario, así como para cualquier paciente

que esté presente en ese momento y sea testigo de lo que está pasando, es fundamental saber de primera mano qué opciones y defensas tenemos cuando surgen estas situaciones incómodas. Mientras se evite, no discutir siempre es algo bueno. Las amenazas nunca jamás deben repetirse de la misma manera. Se informa al agresor que se aplicarán los artículos 550 y 551 del Código Penal si la situación se desvía demasiado hacia la agresión, y se pone en conocimiento de toda la situación a la dirección del centro de salud.

El lenguaje corporal también debe ser vigilado; se debe evitar mirar al paciente directamente a los ojos, levantar la voz o señalarlo con el dedo porque podría pensar que lo estamos atacando. Se debe pedir ayuda a un compañero para evitar estar solo.

Pasado el incidente, se levantará un acta con toda la información pertinente, incluyendo, en su caso, los nombres de los testigos. Esto resulta en una confrontación más poderoso con el paciente. Con paciencia, adaptabilidad, eficiencia y profesionalismo, evitemos que las cosas vayan demasiado lejos.

5 Discusión-Conclusión

Dada la evidente presencia de nervios, estrés y otros factores, es importante abordar este tipo de situaciones con cierta flexibilidad. Fácilmente nos podemos ver envueltos en un mar de problemas, pero si conocemos los mecanismos a emplear y podemos encauzar la gestión de manera profesional, podemos resolver la situación satisfactoriamente. Cuando se presenta una situación como esta, siempre debemos tratar de ser conscientes de nuestras opciones; en el caso de que no podamos, es aconsejable ser cauteloso y tener un manual o protocolo adecuado a estas circunstancias. Nuestras personalidades y profesionalismo son factores importantes que debemos ser capaces de controlar cuando un paciente se vuelve agresivo. Muchas personas se bloquean y reaccionan de manera inapropiada y mal en el momento debido a la falta de autocontrol y otros factores como la actitud, el nerviosismo, la ignorancia y la novedad de la situación.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/agresionesal-personal-administrativo/#CAUSAS-QUE-MOTIVAN-LAS-AGRESIONES-EN-LOS-CENTROS-SANITARIOS>.

Capítulo 232

QUÉ ES LA AUTOPSIA. TIPOS DE AUTOPSIA. FUNCIÓN DEL CELADOR EN LA SALA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

MATEO ARAQUE MOLINERO

CRISTINA CAMUÑAS DOMÍNGUEZ

ARTURO VALENTIN GARCIA

ÁNGEL TORREJÓN ALCALÁ

ISMAEL GIL VALENTÍN

1 Introducción

La autopsia o examen post mortem es una técnica médica por la cual, a través de la disección estudia los tejidos, órganos y huesos de un cadáver para averiguar cual ha sido el origen, la dimensión y las complicaciones de aquella enfermedad que ha padecido un individuo en vida y que le ha llevado a la muerte, con el fin de encontrar un diagnóstico definitivo (1).

Se distinguen dos tipos de autopsias:

- Autopsia forense: realizada por motivos médico-legales, siempre es solicitada por un juez cuando se sospecha de una muerte violenta o muerte súbita. La realizan médicos especialistas en Medicina Legal y Forense. Los familiares no pueden negarse a ella.

- Autopsia clínica: realizada por médicos especialistas en Anatomía Patológica. Se realiza para dar un diagnóstico definitivo de la enfermedad del sujeto. Su finalidad es científica. Es solicitada por los médicos que atendieron al sujeto durante el proceso de la enfermedad y tiene que realizarse bajo autorización de la familia. El origen de las autopsias, se remonta hacia el año 3000 a. C. con los antiguos egipcios que extraían y examinaban los órganos para la momificación. Hacia el 150 a. C. en la antigua Roma se establecen unas bases legales para esta práctica.

En el año 1200 en Europa, esta práctica se realizaba con cierta frecuencia por lo que se desarrollaron ciertas destrezas con el fin de conservar el cuerpo como por ejemplo, introduciendo cera y metales en las venas.

A mitad del siglo XIX se comienza a utilizar la autopsia con fines diagnósticos. En los primeros años del siglo XX, Scotland Yard crea la oficina del patólogo forense con el fin de investigar aquellas muertes que se producían de forma violenta.

En este capítulo, veremos cuales son las funciones y la responsabilidad del celador en la sala de anatomía patológica durante la práctica de una autopsia.

2 Objetivos

Dar a conocer la responsabilidad del celador en una sala de autopsias.

Identificar las funciones del celador antes, durante y al terminar una autopsia.

3 Metodología

Al realizar este trabajo, hemos realizado un estudio bibliográfico a cerca de la literatura que existe. Se han consultado artículos de revistas científicas en bases de datos como google y google académico, Pubmed y Medline de donde se han escogido determinados artículos que se derivan de otras publicaciones previamente examinadas.

Palabras clave: autopsia, celador, cadáver, anatomía patológica y anatomopatólogo.

4 Resultados

La autopsia por tanto, se entiende como la última valoración médica a la que puede ser sometido un sujeto ya fallecido con el fin de dar un diagnóstico médico

definitivo y valorar el tratamiento seguido.

Una vez producido el fallecimiento, el cadáver debe de ser amortajado y debidamente identificado con nombre y apellidos usando pulseras identificativas colocadas en un lugar visible para ser trasladado por el celador de anatomía patológica a la sala de autopsias del hospital donde si la autopsia se va a realizar inmediatamente, se situará sobre la mesa de autopsias, en caso contrario, el celador depositará el cuerpo en una cámara frigorífica.

Se pueden dividir las funciones del celador en tres fases:

Si el cadáver está en cámara frigorífica, el celador procederá a su identificación antes de colocarlo sobre la mesa de autopsias, lo desamortajará y colocará en posición indicada, lo normal a no ser que el facultativo indique otra posición será en decúbito supino.

El celador, debe de impedir que otras personas ajenas al servicio accedan a este, en todo momento se mantendrá un entorno educado y atento.

Una vez que comienza la autopsia, el celador tiene la función de ayudar y colaborar con el personal médico, teniendo en cuenta, que nunca podrá usar instrumental sobre el cadáver. Cambiará al difunto de posición cuando el facultativo lo indique para facilitar la práctica. Será el responsable de pesar los órganos, hará las anotaciones que indique el anatomopatólogo y guardará en cubos herméticos aquellos restos humanos que le señalen, bien para su traslado al laboratorio de anatomía patológica o para su incineración.

Antes de que el facultativo proceda a cerrar el cadáver, es el celador el responsable de rellenar el cuerpo del difunto con papel.

Una vez terminada la autopsia por parte del anatomopatólogo, el celador se encarga de recomponer y limpiar el cadáver, a continuación se procede a amortajarlo.

Será el celador, la persona encargada de limpiar, desinfectar, colocar y ordenar la sala, la mesa de autopsias y todo el instrumental y material que se haya utilizado durante la técnica.

Todas las muestras que se han recogido durante la autopsia, serán identificadas y trasladadas por el celador al laboratorio de anatomía patológica.

5 Discusión-Conclusión

En el presente capítulo, además de saber que es una autopsia, conocer los distintos tipos de autopsias y sus finalidades, queremos subrayar que aunque la figura del celador en una sala de autopsias es de apoyo, teniendo que atender en todo momento las demandas del personal médico y cumplir sus indicaciones, es una

figura con mucha responsabilidad sobre todo en los momentos clave de identificar cadáver, etiquetar muestras... Se pueden resumir las funciones del celador como: funciones de traslado, labores de limpieza, instrumentista (aunque nunca podrá maniobrar con ningún instrumento sobre el cadáver) y colaborador durante el tiempo que dure la práctica.

Por último, indicar que el celador, debe ser una persona que trabaje con sensatez y que sea considerado y cuidadoso a la hora de tratar el cadáver.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.boe.es/>

MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/>

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (s/f). Castillalamancha.es. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://sanidad.castillalamancha.es/>

Capítulo 233

EL CELADOR EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO DURANTE EL CAMBIO DE ROPA DE LA CAMA

ANA BELÉN RUEDA NAVARRO

JOSE MANUEL PÉREZ MARÍN

DAVID LOBATO ARMARIO

JAVIER JORQUERA

JUAN JOSÉ PAZOS CARRASCO

1 Introducción

Algunas de las funciones llevadas a cabo por los celadores durante el desarrollo de su jornada laboral en las plantas de hospitalización según la Orden del 5 de Julio de 1971 por la cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social, son las siguientes:

- Por motivos excepcionales, se ocuparán de lavar y asear a aquellos pacientes masculinos encamados que no puedan asearse ellos mismos o sus acompañantes. Dicha actuación seguirá las indicaciones de la enfermera encargada de cada paciente, teniendo en cuenta la patología de los pacientes.

- Del mismo modo, se ocuparán de bañar a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por ellos mismos o sus acompañantes. Dicha actuación seguirá las indicaciones de la enfermera encargada de cada paciente, teniendo en cuenta la patología de los pacientes.

En relación con el cambio de ropa de la cama de los pacientes que se encuentran encamados, el celador tendrá la siguiente función, establecida en la orden del 5 de julio de 1971.

- Auxiliarán, a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante el cambio de la lencería de la cama, a movilizar a los pacientes encamados que requieran un trato especial, debido a sus dolencias, tratamiento o diagnóstico clínico.

2 Objetivos

- Conocer la orden por la cual se establecen las funciones del personal subalterno en las plantas de hospitalización en relación con el paciente encamado.
- Enumerar las funciones llevadas a cabo por los celadores con los pacientes encamados, en relación con su aseo diario.
- Conocer la técnica a seguir durante el cambio de ropa del paciente encamado.

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

Durante el cambio de ropa de la cama de un paciente encamado actúan dos categorías profesionales en dicha acción, a un lado de la cama se encontrará el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, quien será el encargado de cambiar la ropa de cama y sustituirla por lencería limpia, y al otro lado de la cama se encontrará el personal subalterno, el cual se ocupará de la movilización del paciente en la cama para que el TCAE pueda cambiar la ropa de cama.

Ambos profesionales deberán estar coordinados en la actuación a realizar para

agilizar el procedimiento y especialmente, para asegurar la seguridad y el bienestar del paciente durante la actuación.

Técnica de cambio de ropa con la cama ocupada.

- En primer lugar, se preparará el material necesario para el cambio de la ropa de cama. o Cubre colchón, para evitar que se manche el colchón con pérdidas de orina, o por manchas de sangre o fluidos corporales. o Sábana bajera. o Empaques para evitar que se ensucie la cama de orina o heces. o Entremetida, para facilitar a los profesionales la movilización del paciente en la cama. o Sábana de arriba. o Colcha y manta, si hace frío o es solicitado por el paciente. o Almohada o Funda de almohada.
- Comunicar al paciente la actuación que se va a realizar.
- Posicionar la cama paralela al suelo, para ello se bajará los pies y la cabeza del paciente, siempre que las condiciones del paciente lo permitan.
- Retirar toda la ropa sucia de la cama para meterla en una bolsa y mandarla a lencería.
- Asear al paciente o cambiarle el pañal, si es necesario.
- Lateralizar al paciente hacia un lado de la cama mientras el TCAE introduce la ropa sucia debajo del paciente y coloca la ropa limpia.
- Posicionar al paciente en decúbito supino.
- Lateralizar al paciente hacia el otro lado de la cama mientras el TCAE retira la ropa sucia de la cama y saca la limpia de debajo del paciente.
- Posicionar al paciente en decúbito supino y colocarle la sábana de arriba, colcha y manta.
- Posicionar al paciente en una posición cómoda para él.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en las plantas de hospitalización. Movilización del paciente encamado durante el cambio de ropa de la cama” nos demuestra los pasos a seguir durante el cambio de ropa de la cama. Es importante que dicha actuación sea coordinada entre ambos profesionales para realizarla en la mayor brevedad posible, ya que los pacientes que se encuentran encamados suelen ser pacientes con largas estancias en la cama y que presentan grandes dolencias, bien por su diagnóstico o por su estancia continuada en la cama.

Del mismo modo, es importante la seguridad del paciente durante las movilizaciones en la cama, por lo que el celador deberá hacer hincapié en ello y deberá

subir las barandillas laterales de la cama para que el paciente no se pueda caer si se pone nervioso y se agita.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023
- GARRIDO, J.M. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- GARRIDO, J.M. El celador en la unidad de cuidados ante el paciente geriátrico. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- 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 234

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

MARÍA DEL PILAR HERNAN MENCHEN

CONCEPCION CARRION CANDEL

MARÍA VICTORIA ABAD GARCÍA

DOMINGO MARTÍN SANCHEZ

FELIX ALDUDO MINGUEZ

1 Introducción

El cuidado de los pacientes que llegan al piso de hospitalización es responsabilidad de la sala de la planta. Para que el auxiliar de enfermería pueda realizar las tareas que requiere, lleva al paciente en camilla o en silla de ruedas antes de intentar ayudarlo a acostarse en la cama, siempre acompañados por un celador, los pacientes llegan a recepción con una historia clínica crítica que será entregada a Control de Enfermería a su llegada. Un equipo multidisciplinario de enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería y celadores trabaja en el piso de hospitalización de pacientes internados bajo la supervisión de un supervisor. Todo el equipo administrará la atención según las indicaciones del médico y también la atención del día tras día hasta que el paciente esté lo suficientemente bien como para ser dado de alta o trasladado a otro hospital o departamento hospitalario.

Hospital de agudos, investigación o cirugía planificada, hospital ambulatorio, otros entornos de atención médica como cuidados intensivos, quirófanos o aten-

ción primaria, y posiblemente de otros hospitales, son algunas de las formas en que llegan los pacientes que ingresan al hospital. Además de trabajar con el personal médico y de enfermería para garantizar el correcto funcionamiento del área, los celadores son una parte vital del equipo a cargo del cuidado y bienestar de los pacientes mientras están en el hospital.

2 Objetivos

El objetivo es enumerar las diversas funciones realizadas por el asistente en una sala de hospital, enfatizando la importancia de cada una.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada como parte de la investigación para el desarrollo del presente trabajo. Hemos realizado búsquedas en varios sitios web, páginas oficiales, programas de oposición del sescam y ciclos formativos, todos ellos relacionados con la temática del capítulo. Además, se han realizado entrevistas a los celadores para conocer más sobre sus experiencias y responsabilidades en la sala de hospitalización.

4 Resultados

Un equipo multidisciplinario de enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería y celadores trabaja en el piso de hospitalización de pacientes internados bajo la supervisión de un supervisor. Todo el equipo administrará la atención según las indicaciones del médico y también la atención del día tras día hasta que el paciente esté lo suficientemente bien como para ser dado de alta o trasladado a otro hospital o departamento hospitalario.

Entre las funciones de los celadores de planta, nos encontramos las siguientes:

- Atender a los pacientes a medida que ingresan a la sala, acomodándolos en su área designada y ayudando a los auxiliares de enfermería a vestirlos, limpiarlos, tender las camas u otras necesidades.
- Asistir al personal médico en la movilización y traslado de pacientes si es necesario.
- Está a cargo de acompañar al paciente a los servicios o consultas adicionales que el médico correspondiente determine que son necesarios.

- Ayudará al auxiliar de enfermería a poner las cuñas y sacarlas si es necesario porque no puede hacerlo solo.
- En cuanto a las recetas de las grandes farmacias, haré lo que me indique el médico o la enfermera.
- Encargado de manipular materiales y equipos con cuidado para evitar daños.
- Vigilar cómo los suministros y artículos institucionales se almacenan correctamente y evite que los pacientes y los miembros del personal los usen indebidamente.
- Se encargará de regular la entrada y salida de invitados.
- Adquirir la técnica de elevación adecuada si es necesario.
- Solicitar siempre la cortesía y buenos modales a los huéspedes no autorizados antes de permitirles quedarse.
- Procurará ser rápido y atento al informar a otros verbalmente o por escrito sobre los servicios solicitados.
- Excepcionalmente, cumplir con las tareas de limpieza que se les encomienden.

5 Discusión-Conclusión

El equipo de trabajo de una planta de hospitalización no está completo sin un celador. Sus responsabilidades principales incluyen ayudar constantemente con la movilización y transferencia de pacientes y mover muebles, como camas, sillas de ruedas, camillas y equipo médico, según sea necesario para dificultar su trabajo.

El celador también será responsable de la recogida de las muestras que le hayan sido encomendadas accesibles siempre que los profesionales sanitarios lo necesiten.

Estar debidamente formado y conocer los posibles cambios en el protocolo de actuación del área hospitalaria en la que te encuentres es fundamental para el desempeño del trabajo previsto.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com
www.google.com

Capítulo 235

EL PAPEL DEL CELADOR AL RESPECTO DE CAÍDAS EN PACIENTES INGRESADOS

MARÍA DEL PILAR HERNAN MENCHEN

CONCEPCION CARRION CANDEL

FELIX ALDUDO MINGUEZ

MARÍA VICTORIA ABAD GARCÍA

DOMINGO MARTÍN SANCHEZ

1 Introducción

Como es habitual en un hospital y dentro de nuestras áreas de especialización en el ámbito hospitalario, brindamos por la asistencia y apoyo a los pacientes, especialmente a los de nuevo ingreso hospitalario. Como resultado de sus problemas de salud o necesidades y deficiencias en el momento de su ingreso, algunos de estos pacientes pueden ser más susceptibles a las caídas, normalmente pacientes de tercera edad.

La intervención en este ciclo es crucial porque puede provocar nuevas lesiones y/o patologías (Álvarez, Ruiz, Rodríguez y Moro et al., 2015).

La literatura científica ha podido demostrado reiteradamente que las personas que se caen más tarde o por segunda vez puede experimentar una reducción en su nivel de movilidad y también finalmente, convertirse en personas dependientes.

Además, esto tiene una conexión con secuelas graves o incluso con la muerte prematura.

Las repercusiones físicas que hemos mencionado anteriormente pueden causar lesiones leves a graves y, en las circunstancias más extremas, incluso también pueden provocar la muerte de una persona. Podemos encontrar fracturas óseas y/o alteraciones musculares es lo más frecuente en pacientes. Las fracturas principalmente afectan a las extremidades, como las fracturas humerales o femorales, son las fracturas más frecuentes que resultan de caídas.

2 Objetivos

Describir la importancia de la ordenanza y el papel que desempeña el celador para evitar que los pacientes hospitalizados se caigan.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica ya publicada como parte de la investigación para el desarrollo de este capítulo. Se utilizaron las bases de datos primarias Pubmed, Medline y Scielo para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares. También se llevó a cabo una búsqueda minuciosa de libros.

4 Resultados

Las caídas son una de las principales causas de lesiones en mayores de 60 años, se descubre tras analizar y revisar la documentación escogida. Por el contrario, la recurrencia de caídas en el campo médico.

El celador, que es uno de los profesionales que más contacto tiene con los afectados, necesita ser formado e instruido. En particular, el hospitalario tiene una incidencia media-alta; por ello, además de lo ya mencionado de manera que pueda ser consciente de una posible caída y prepararse para ella.

El celador debe ser capaz de reconocer de manera específica e individual los diversos componentes y factores de riesgo de cada paciente para lograr este objetivo. Así mismo, será crucial que el personal de enfermería realice una evaluación del riesgo de caída del paciente cuando llegue por primera vez al hospital.

El celador debe estar al tanto de esta evaluación preliminar para poder responder adecuadamente.

Baja movilidad, tomar ansiolíticos y/o antidepresivos (u otros medicamentos dirigidos a las patologías que puedan tener estos pacientes y que lleguen a afectar), edad avanzada, especialmente en personas mayores de 70 o 75 años, presencia de alguna enfermedad o patología de la demencia o el deterioro cognitivo, aunque sea muy leve, y la edad avanzada se encuentran entre los elementos de riesgo más frecuentemente detectados que predisponen al riesgo de caída (según su psicomotricidad).

Junto con lo mencionado anteriormente, el celador también necesita algunas herramientas y métodos que lo ayuden a lidiar con los muchos y variados desafíos que enfrenta todos los días. En este sentido, el celador debe estar familiarizado con el manejo de la cama.

Eventualmente, también pueden tener grúas u otras herramientas y recursos a su disposición además del paciente y la silla de ruedas.

Por último, pero no menos importante, al asistir a la persona afectada, debe asegurarse de que el espacio esté bien iluminado, que la persona use calzado adecuado (para evitar resbalones), o que esté usando bastón, andador o cualquier otro soporte. Algún dispositivo que puedan necesitar. Nunca se debe apresurar a un paciente.

La mejor forma de garantizar su seguridad será que el profesional se adapte a sus ritmos.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que para prevenir caídas en la población vulnerable, el guardia debe poseer no solo conocimientos fundamentales, sino también una gama de habilidades de comunicación que le permitan adaptar su conocimiento a los requisitos y necesidades únicos de cada paciente reconocer a la persona como un ser completo.

La aplicación de la información de la sección anterior permitirá que las estadías en el hospital se desarrollen más rápido y de acuerdo con el plan, lo que también se traducirá en menores costos de atención médica. Todas estas recomendaciones ayudarán a la autonomía e independencia de la paciente, mejorando su calidad de vida.

6 Bibliografía

- Pubmed
- www.scielo.org

Capítulo 236

EL CELADOR EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN UNIDADES DE SALUD MENTAL

MARÍA DEL PILAR HERNAN MENCHEN

CONCEPCION CARRION CANDEL

FELIX ALDUDO MINGUEZ

MARÍA VICTORIA ABAD GARCÍA

DOMINGO MARTÍN SANCHEZ

1 Introducción

Para garantizar un entorno seguro y cómodo para los pacientes, el trabajo del celador es crucial en las instalaciones o servicios de salud mental. Los deberes de los celadores incluyen observar el comportamiento del paciente, administrar medicamentos y ayudar con las actividades diarias.

Los pacientes en centros de salud mental pueden presentar una variedad de condiciones médicas, incluidos trastornos del estado de ánimo, psicosis o trastornos de ansiedad. Estas enfermedades tienen un impacto profundo en la vida de los pacientes y sus familias, lo que requiere una estrategia particular para brindar un tratamiento efectivo.

El trabajo del celador en los establecimientos de salud mental adquiere una dimensión aún más compleja, especialmente cuando se trata de pacientes pediátricos.

Puede ser necesario un enfoque más especializado que considere las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los niños enfermos debido a su posible mayor vulnerabilidad. Es crucial recordar que el cuidado de los niños enfermos es una tarea delicada que requiere de las habilidades interpersonales y emocionales del celador.

En este sentido, el objetivo de este trabajo es examinar cómo los cuidadores interactúan con niños enfermos y pacientes en establecimientos de salud mental. Se discutirá la importancia del papel del celador en la promoción de la salud mental y el bienestar de los pacientes, así como la necesidad de una estrategia especial en el caso de los pacientes pediátricos. Para garantizar una atención de alta calidad y una experiencia positiva para los pacientes y sus familias, se prestará atención específica a los desafíos únicos del tratamiento de niños enfermos y se presentarán algunas estrategias.

2 Objetivos

Sensibilizar sobre el papel crucial y fundamental que juega el profesional celador en el servicio o unidad de salud mental del hospital.

3 Metodología

Se ha realizado una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre el cuerpo actual de la literatura científica con el fin de elaborar este trabajo. Se realizaron búsquedas exhaustivas de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos, Google y Google Academy, y solo se eligieron publicaciones académicas revisadas por pares con contenido científico.

4 Resultados

En los establecimientos o servicios de salud mental, la labor del celador es fundamental para garantizar que los pacientes se encuentren en un entorno seguro y confortable. Los deberes de los celadores incluyen observar el comportamiento del paciente, administrar medicamentos y ayudar con las actividades diarias. Los pacientes en centros de salud mental pueden presentar una variedad de condiciones médicas, incluidos trastornos del estado de ánimo, psicosis o trastornos de ansiedad. Estas enfermedades tienen el potencial de afectar profundamente la

vida de los pacientes y sus familias, lo que requiere una estrategia particular para brindar una atención efectiva.

La observación constante del comportamiento del paciente y la identificación de cualquier factor de riesgo se encuentran entre los deberes del celador en los establecimientos de salud mental. Esté atento a cualquier posible comportamiento violento o suicida, y pida ayuda de inmediato si lo ve, dicen los celadores. Además, los celadores son responsables de asegurarse de que los pacientes cumplan con las políticas de seguridad establecidas en la instalación y tengan acceso a las herramientas que necesitan para recuperarse, como terapias ocupacionales y actividades de ocio.

Cuando se trata de incidentes que pueden ocurrir mientras el celador está de servicio en los centros de salud mental, puede haber casos de agitación, agresión o violencia del paciente. El celador debe poder responder rápida y eficazmente en estas situaciones sin poner en peligro la seguridad de los demás pacientes o miembros del personal de la unidad. Los celadores también deben estar preparados para emergencias y estar familiarizados con los procedimientos a seguir en caso de incendios, terremotos u otras situaciones urgentes.

El papel del celador en los establecimientos de salud mental adquiere una dimensión aún más compleja cuando se trata de pacientes pediátricos. Los niños que están enfermos pueden tener dificultades para expresar sus necesidades y emociones.

El celador debe prestar atención a las señales no verbales y tomar las medidas apropiadas. El asistente necesita construir una relación de confianza con los pacientes y sus familias y brindarles el apoyo emocional necesario para que se sientan seguros y como en casa en la unidad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en los servicios de salud mental es crucial para garantizar un tratamiento completo y eficaz para los pacientes con problemas de salud mental que están hospitalizados. Los celadores trabajan en estrecha colaboración con el personal médico para evitar situaciones de riesgo y mantener las instalaciones. También juegan un papel fundamental en la prestación de atención, apoyo y asistencia a estos pacientes un entorno seguro y sanador.

Los pacientes adultos hospitalizados con problemas de salud mental pueden beneficiarse de la compañía y asistencia de los celadores, lo que puede ayudar a disminuir los efectos negativos de su enfermedad en su calidad de vida realizando tareas rutinarias y brindando consuelo en momentos de angustia emocional.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- Pubmed

Capítulo 237

EL CELADOR AUXILIANDO EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE LA COLOCACIÓN DE UN ENEMA A UN PACIENTE

JAVIER JORQUERA

JUAN JOSÉ PAZOS CARRASCO

ANA BELÉN RUEDA NAVARRO

JOSE MANUEL PÉREZ MARÍN

DAVID LOBATO ARMARIO

1 Introducción

Un enema es una disolución líquida que debe ser introducida en el ano para que este líquido se distribuya por el recto y colon del paciente con la finalidad de limpiar y vaciar de heces estas zonas corporales.

La administración de un enema puede tener dos finalidades:

- La evacuación de heces ya que el paciente no puede evacuar por el mismo las heces, por la presencia de un fecaloma.
- La limpieza del recto y colón, con motivo de realizar una colonoscopia al paciente.

La normativa existente en la cual se encuentran establecidas las funciones de los celadores, Orden del 5 de julio de 1971, es clara en cuanto al auxilio del celador al técnico en cuidados auxiliares de enfermería o al equipo de enfermería y médico en aquellas actuaciones con el paciente que requiera su movilización y no pueda ser realizada por el propio paciente. Ya que tanto el traslado como la movilización del paciente es una función exclusiva del celador adscrito a cualquier servicio del centro sanitario.

Es por ello, que el celador deberá estar presente en la administración de un enema en aquellos pacientes que requieran ser movilizados.

A través de este capítulo se comprobará las funciones del celador durante la administración de un enema a un paciente, independientemente de la finalidad de este.

2 Objetivos

- Describir la actuación del celador durante la colocación de un enema a un paciente hospitalizado.

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

La administración de un enema será realizada por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería o por el equipo de enfermería. La realización de esta tarea por una categoría profesional u otra dependerá de la organización de cada centro sanitario y en concreto de cada servicio o unidad. Sin embargo, independientemente del profesional que administre el enema, la presencia del celador será obligatoria para la movilización del paciente, siempre que la actuación que presente el paciente sea una movilización pasiva.

Colaboración durante la administración de enemas por parte del equipo de enfermería.

- **FUNCIONES DEL CELADOR.** o La movilización del paciente y posicionarlo en la posición anatómica de decúbito lateral izquierdo. o La sujeción y contención del paciente durante la administración del enema. o La colocación del paciente en decúbito supino cuando se haya administrado el enema. o La colocación de la cama en una posición cómoda para el paciente encamado.

En algunas ocasiones, cuando el celador no se encuentra en la planta por diversos motivos o actuaciones con otros pacientes, y siempre que sea el enfermero el encargado de administrar el enema, será el técnico en cuidados auxiliares de enfermería el encargado de lateralizar al paciente hacia el lado izquierdo de su cuerpo.

- **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.** o Preparar el material necesario por el enfermero para la administración del enema. o Mantener una temperatura adecuada en la habitación del paciente, eludiendo la presencia de corrientes de aire, evitando de esta manera que el paciente coja frío durante la actuación.

- **FUNCIONES DE ENFERMERÍA.** o Comunicar al paciente la actuación que se le va a realizar y el motivo de ella. o Administrar el enema al paciente, para ello utilizarán lubricante en la zona que van a introducir por el ano.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador auxiliando al técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la colocación de un enema a un paciente” nos demuestra en primer lugar la posición en la cual debe colocar al paciente que va a recibir la administración de un enema. Es importante que el celador disponga al paciente en una correcta lateralización hacia la izquierda, ya que el líquido del enema se introduce directamente en el recto y el colón.

En segundo lugar, nos recuerda que es función del celador toda movilización del paciente durante la realización de cualquier actuación médico-asistencial o asistencial, por lo que nunca se puede negar un celador a auxiliar al equipo de enfermería durante la colocación de un enema.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023

- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- 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.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 238

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO. FUNCIONES DEL CELADOR EN PARITORIO Y NEONATOS

JOSE MANUEL PÉREZ MARÍN

DAVID LOBATO ARMARIO

JAVIER JORQUERA

JUAN JOSÉ PAZOS CARRASCO

ANA BELÉN RUEDA NAVARRO

1 Introducción

Según el sistema sanitario español se considera paciente pediátrico desde el momento del nacimiento hasta la edad de los catorce años que pasa a ser tratado por el médico de familia general, sin embargo, estos pacientes pasan por diferentes pediatras a lo largo de este período asistencial, los cuales se centran en el estudio de las enfermedades infantiles, del desarrollo físico y crecimiento mental y psicológico de estos niños.

Los pacientes pediátricos reciben una clasificación de diferentes categorías dependiendo de la edad, entre ellos se encuentra:

- Pacientes prematuros: niños nacidos antes de la semana 37.

- Pacientes neonatos: se considera neonato a los bebés durante el primer mes desde el nacimiento.
- Pacientes lactantes: se considera paciente lactante desde el nacimiento hasta cumplidos los 12 meses.
- Niños pequeños desde el año hasta los cuatro años.
- Niños mayores desde los cuatro años hasta los diez.
- Adolescentes: desde los diez años hasta los 14 años que pasa a ser atendido por el médico de familia.

Los celadores formarán parte de la actuación asistencial durante el desarrollo de estos niños, ya que la figura del celador aparece en cualquier de las etapas asistenciales de los niños.

Durante el desarrollo de este capítulo científico se procederá a detallar las funciones ejecutadas por los celadores con relación a los pacientes pediátricos.

2 Objetivos

-Enumerar las funciones ejecutadas por los celadores en paritorio y neonatos.

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

Como se ha mencionado anteriormente, la figura del celador estará presente durante todas las etapas de desarrollo del paciente pediátrico. A continuación, se detallarán las funciones llevadas a cabo por los celadores en cada una de estas etapas.

El celador en el paritorio.

- El celador ingresará a la madre del bebé, desde el servicio de urgencias, en la planta de tocología.
- El celador acompañará a la madre del bebé a monitores.

- El celador trasladará a la madre del bebé desde la planta de hospitalización o el servicio de urgencias, hasta el paritorio del centro sanitario para introducirla en la sala de partos o para llevarla a las salas de dilatación donde se le inducirá el parto.

- El celador trasladará a la madre del bebé a quirófano para la realización de la cesárea en el caso que sea necesario.

El celador en la planta de tocología una vez nacido el bebé.

- Una vez nacido el bebé y pasado el tiempo establecido en la sala de dilatación, el celador trasladará a la mamá y al recién nacido a la planta de tocología desde el servicio de paritorio.

- Ayudará al técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el aseo diario del bebé, si no hay un familiar que pueda acompañar al tcae.

- Ayudará al equipo de enfermería con la sujeción del bebé durante las pruebas del talón o de la bilirrubina.

- Ayudará al equipo de enfermería con la sujeción del bebé durante la extracción de sangre para la realización de analíticas.

- Traslada al bebé a la cuna para la realización de una prueba exploratoria o diagnóstica, si fuese necesario. Durante el traslado el celador irá acompañado por un técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

El celador en la unidad de neonatos.

- Traslada al paciente neonato desde la unidad de paritorio hasta la unidad de neonatos, donde recibirá atenciones especializadas.

- Traslada al bebé a la cuna para la realización de una prueba exploratoria o diagnóstica, si fuese necesario. Durante el traslado el celador irá acompañado por un técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

- Ayudará al equipo de enfermería con la sujeción del bebé durante la extracción de sangre para la realización de analíticas.

El celador en la planta de pediatría.

- Ayudará al equipo de enfermería con la sujeción del niño durante la extracción de sangre para la realización de analíticas.

- Ayudará al equipo médico con la sujeción del niño durante la realización de pruebas, consultas, curas...

- Traslada al niño a silla de ruedas o cama hospitalaria para la realización de una prueba exploratoria o diagnóstica.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador ante el paciente pediátrico. Funciones del celador con el paciente pediátrico” nos demuestran la presencia del celador en cualquier actuación médica asistencial del niño, a lo largo de su desarrollo, en el centro sanitario.

Como se ha podido comprobar con la lectura de este trabajo, las principales funciones de los celadores con los pacientes pediátricos son: el traslado, la movilización y la sujeción del mismo durante la extracción de muestras o el desarrollo de pruebas. Sin embargo, es importante hacer hincapié que las funciones de los celadores con los pacientes pediátricos deben estar supervisadas por el equipo de enfermería, al igual que deben ser acompañados por un tcae o enfermero cuando el paciente se encuentra en el primer año de vida.

6 Bibliografía

- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- 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.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.
- <https://centromedicoabc.com>

Capítulo 239

LOS CELADORES Y SUS FUNCIONES DENTRO DE LA UNIDAD DE FARMACIA HOSPITALARIA.

MARÍA JOSÉ RIERA PALACIO

1 Introducción

El servicio de farmacia hospitalaria (SFH) es un servicio sanitario de suma importancia dentro de la organización de un hospital. Depende de la dirección médica y forma parte de los servicios centrales.

Fue con el desarrollo de los grandes hospitales en la segunda mitad del siglo XX como surgió este servicio, y en la actualidad, los hospitales de alto nivel, además de lo que se determinen, han de disponer de servicios o unidades de farmacología clínica. (1)

Hoy por hoy, todos los servicios de farmacia se llevan a cabo con el apoyo de la innovación tecnológica necesaria para asegurar la calidad y el proceso logístico que los medicamentos se necesitan. (2)

La farmacia hospitalaria es quien se encarga de elegir, almacenar, combinar y dispensar medicamentos y productos sanitarios, y de preparar, además, la medicación para todos los pacientes hospitalizados, de manera individualizada, asegurando también que dichos medicamentos les lleguen en la dosis y por la vía administrativa correctas y en el momento adecuado con el horario establecido. Dichos medicamentos serán guardados en cajetines identificados para cada paciente. (3)

El servicio de farmacia hospitalaria depende jerárquicamente del director médico y emplea a una gran cantidad de profesionales, tanto sanitarios (sean supervi-

sores, enfermeros, TCAE, técnicos de farmacia o farmacéuticos) como no sanitarios (auxiliares administrativos y, por supuesto, celadores). (4)

Los celadores tienen un papel muy importante dentro del funcionamiento de una farmacia hospitalaria, pues su trabajo es de gran responsabilidad, ya que colaboran en un servicio que añade un enorme valor a la salud y, por tanto, a la vida de los pacientes.

2 Objetivos

- Describir el trabajo que llevan a cabo los celadores en el ámbito de la farmacia hospitalaria.
- Demostrar la importancia que tiene dicho trabajo, que contribuye, además, a la mejora de la situación de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una revisión sistemática de bibliografía relacionada con este tema en cuestión, a través de diversas bases de datos (revistamedica.com, celadoresonline.blogspot.com, eurinnova.edu.es, medac.es, linkiafp.es, revistasanitariadeinvestigacion.com). Se han utilizado descriptores concretos (“Celadores y farmacia hospitalaria”, “Funciones del celador en farmacia”, “Trabajo de farmacia hospitalaria”) aplicándose un filtro de idioma (trabajos en español) y abarcando el período de tiempo actual.

4 Resultados

Los resultados han demostrado que el trabajo que realizan los celadores en el servicio de farmacia hospitalaria tiene mucha importancia, ya que no solo colaboran con el resto de profesionales que trabajan en ese servicio, sirviendo de soporte tanto para el personal sanitario como no sanitario, sino que contribuyen al bienestar de los pacientes, pues se colaboran en que toda la medicación esté perfecta en farmacia y pueda distribuirse a todo el hospital. Y todo esto viene demostrado en las funciones que realizan:

- Se encargarán de la recepción del material que suministran los proveedores a la farmacia, comprobándose, mediante cotejo, que dicho material servido coincida con el que figure en los albaranes, y en caso que no sea correcto, lo pondrán en conocimiento del responsable de farmacia.

- Entregarán el material recepcionado al personal sanitario y la copia de los albaranes al personal administrativo para que contabilicen la entrada del mismo.
- Controlarán y mantendrán el control del stock en farmacia.
- Movilizarán el material dentro de la farmacia, sobre todo el material pesado o de gran tamaño, cuando se les requiera.
- Trasladarán material desde otras unidades del hospital (desde el almacén general si hubiera sido allí recepcionado, por ejemplo) hasta la farmacia. Y si hubiera más de una farmacia, (caso de complejos hospitalarios de más de un hospital) trasladarán dicho material entre las mismas.
- Acondicionarán determinados productos (sueros fisiológicos, garrafas de alcohol...) previamente a su distribución por las distintas unidades hospitalarias.
- Trasladarán los carros de la medicación y demás productos galénicos (sueros, nutriciones enterales o parenterales, por ejemplo) o carritos de unidosis de medicación, desde la farmacia hasta otras unidades hospitalarias, entregando y recogiendo del personal autorizado (supervisores o enfermeros) los documentos de comprobación de suministro y entrega de pedidos, entregando dichos documentos al personal administrativo a su regreso a farmacia.
- Podrán ser destinados a la preparación del alcohol.
- Se encargarán de la vigilancia de la farmacia.
- Colaborarán en la realización de los inventarios, realizando recuentos periódicos del material del que es responsable, para así comprobar las existencias reales de los productos almacenados. Además, colaborarán en el recuento del inventario anual, o del que se lleve a cabo con otra periodicidad, para saber la existencia real del material almacenado.
- Informarán al supervisor de cualquier desequilibrio en los departamentos existentes, especialmente en cuestión de medicamentos costosos y medicamentos sensibles. (5)

5 Discusión-Conclusión

El servicio de farmacia hospitalaria es fundamental para el funcionamiento de cualquier hospital, ya que provee al resto de servicios de la institución de todo aquel material sanitario que necesitan. Pero, sobre todo, permite que los pacientes hospitalizados puedan recibir las medicaciones que precisan en función de sus necesidades, con lo cual se podría asegurar que este servicio ayuda a mejorar la salud y, por tanto, a proporcionar calidad de vida.

Los celadores, como también se ha comprobado, forman parte esencial de la farmacia hospitalaria al realizar importantes funciones dentro de la misma, además

de colaborar en el buen funcionamiento de la unidad contribuyendo a una óptima comunicación con el resto del equipo de profesionales que allí trabajan.

6 Bibliografía

1. Ordóñez S. La farmacia hospitalaria, un servicio de gran valor sanitario. [Online].; 2023 [cited 2023 Mayo 8. Available from: <https://medac.es/blogs/sanidad/farmacia-hospitalaria>.
2. Martínez CR. FARMACIA HOSPITALARIA. FUNCIONES DEL CELADOR. [Online].; 2020 [cited 2023 Mayo 9. Available from: <https://revistamedica.com/farmacia-hospitalaria-funciones-celador/>.
3. Blanco. RAFF.JGNSM. Celadores en los servicios de farmacia hospitalaria. [Online].; 2021 [cited 2023 Mayo 10. Available from: <https://congresosicepa.com/celadores-farmacia-hospitalaria/>.
4. Yonaida El Malquioui Ouhamed FAAAMIKIKDSJCJZA. Funciones que realiza el celador/a en la farmacia hospitalaria. [Online].; 2022 [cited 2023 Mayo 8. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-que-realiza-el-celador-a-en-la-farmacia-hospitalaria/>.
5. Martínez CR. FARMACIA HOSPITALARIA. FUNCIONES DEL CELADOR. [Online].; 2020 [cited 2023 Mayo 11. Available from: <https://revistamedica.com/farmacia-hospitalaria-funciones-celador/>.

Capítulo 240

EL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

DAVID BODAS GÓMEZ

SAMUEL RUIZ HERNÁNDEZ

JONATHAN SOLDADO HERVAS

RAQUEL DÍAZ GALVEZ

SERGIO CAMACHO CORDERO

1 Introducción

Desde este capítulo se analizarán las tareas y funciones que desempeña en su día a día un celador sanitario dentro de la atención primaria y sus equipos de trabajo. Atendiendo a la definición otorgada en la Conferencia Internacional de Alma-Alta (sept 1998) que no sólo define, sino que también sienta las bases de la Atención Primaria se entiende ésta como el estado completo de bienestar físico, mental y social alejándose de una definición que apueste por la simple ausencia de enfermedad o afecciones.

Por otro lado, no debe pasar por alto el lugar en el que se presta esta Atención Primaria: El centro de salud, que puede ser definido como el lugar en el que los equipos médicos desarrollan sus funciones en la Atención Primaria. Estos centros son el continente y el contenido, a saber: tanto el edificio, la estructura física que alberga consultas y servicios asistenciales, los materiales y maquinaria para pruebas diagnósticas y complementarias. Es el lugar en al que médico-paciente,

o profesionales sanitarios-pacientes van a reunirse, y en el que los pacientes exponen sus circunstancias para ser atendidos y asistidos por los sanitarios. Pues bien, en estos centros, el papel del celador contribuye a la mejora del bienestar de los usuarios de la sanidad.

2 Objetivos

Exponer las tareas que desarrolla en la Atención Primaria el celador.

3 Metodología

En el desarrollo de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación de bibliografía científica relacionada con la atención primaria y las tareas del celador.. Las fuentes que se han consultado para llevar a cabo este estudio son: Essae formación, blog de celadores online, y Revista médica. Además, la actividad ejercida por el autor en el día a día en diferentes hospitales contribuye a la mejor transmisión del contenido de la investigación

4 Resultados

Para detallar las funciones que los celadores de atención primaria desarrollan en el día a día, a continuación se especifican las principales: a) Vigilancia y seguridad: Es responsabilidad del celador que las instalaciones del centro de trabajo/salud estén en orden y cuenten con una limpieza óptima. Además, se le presupone la tarea de que tanto usuarios del sistema de salud como sus acompañantes y/o familiares se comporten como corresponde en un centro de salud y guarden silencio. b) Atención al usuario e información al mismo: Es evidente y por todos sabido que el celador mantiene un contacto directo con los usuarios de la sanidad y con sus acompañantes, en este sentido, forma parte de sus actividades el proporcionar información sobre la ubicación, hora, consulta, cita...Con la precaución y obligación siempre de no proporcionar ninguna información referente sobre el estado de salud del usuario ni sobre los tratamientos.

La manera de atender a las personas que lo necesiten debe estar enfocada siempre a la vocación de servicio, mostrándose el celador siempre colaborador y con tendencia a la resolución eficaz de problemas o cuestiones relacionadas con su qué haceres. c) Traslado y movilización de pacientes: A los pacientes con movilidad

reducida o que precisen ayuda para moverse (incapacitados) el celador les ayudará en los traslados, encargándose de los mismos con medios auxiliares (como sillas, camillas...) para que puedan dirigirse a las consultas u otros lugares a los que deban acudir. d) Reposición de materiales: El labor del profesional celador revisar que no falte material, y en caso de que sí falte deben reponer el mismo. Además, está entre sus labores el manejo de la maquinaria que tenga encomendada por sus labores. e) Reparto de documentación: En caso de ser requeridos documentos del tipo Historias

Médicas, el celador realiza en este sentido una importante labor para cubrir con éxito estas necesidades, además de ocuparse de recoger cada día la correspondencia, para luego entregarla y distribuirla entre los destinatarios. f) Asistencia a otros profesionales de los equipos de Atención Temprana: En caso de ser requerido, el celador puede asistir a otros profesionales que estén en consultas, curas o intervenciones, siguiendo siempre sus indicaciones y directrices

5 Discusión-Conclusión

La capacitación del personal celador en los centros de trabajo de Atención Primaria resulta fundamental para el buen desarrollo de las actividades que allí se llevan a cabo en el día a día.

La propia experiencia como usuarios de los servicios de salud, nos evidencia la necesidad y el buen hacer de estos profesionales en los traslados de enfermos, las movilizaciones de los mismos, el reparto de historiales clínicos, la entrega de documentación, el apoyo a los sanitarios en las labores que les encomienden de soporte, etc. También es muy importante que se realice un protocolo de actuación adecuado y que sea eficaz, ya que además de asegurar una adecuada atención de los pacientes y una protección del personal sanitario, también se pueden evitar posibles complicaciones. Por lo que se debe de realizar de manera efectiva a través de protocolos establecidos, los cuales deben ser revisados y actualizados.

6 Bibliografía

6 Bibliografía

Essae formación. Disponible en: <https://essaeformacion.com/funcionescelador-atencionprimaria>

2369 2

Revista médica. Disponible en: <https://revistamedica.com/las-funciones-delcelador-enatencion-primaria/>

Celadores online blog. Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/atencionprimaria.htm>

Capítulo 241

EL TRABAJO DE LOS CELADORES EN LOS ANIMALARIOS

DAVID BODAS GÓMEZ

SAMUEL RUIZ HERNÁNDEZ

JONATHAN SOLDADO HERVAS

RAQUEL DÍAZ GALVEZ

SERGIO CAMACHO CORDERO

1 Introducción

Se define animalario como un recinto creado y acondicionado para ensayos clínicos con animales. En los hospitales existen animalarios y de hecho son necesarios, tanto para la propia asistencia sanitaria, como para la docencia y la propia investigación. Por entrar un poco más a detalle, se precisa de estos animalarios en los hospitales deriva de que para la investigación es precisa en múltiples ocasiones la experimentación con animales, es sabido que estos estudios y experimentos con animales han permitido logros médicos de gran importancia que redundan en mejoras para la comunidad y la sociedad. No debemos olvidar el hecho de que cualquier trabajo experimental con animales está fuertemente regulado por legislación que viene a protegerlos y marca la pauta y la norma para todas las actividades relacionadas, por supuesto también, la parte educativa. Son varias las leyes actualmente vigentes que recogen todo este cuerpo normativo; en esta

legislación se detallan y establecen los motivos por los que se aprueba el empleo de animales, que en definitiva son sólo cuando esté legalmente justificado. Es bueno recordar que hay una obligación tanto de las personas que se encargan del cuidado y bienestar de los animales, como de los que los suministran y de contar con órganos (que pueden o no estar colegiados) que garanticen y se encarguen de que los animales estén en óptimas condiciones.

2 Objetivos

En este capítulo se realizará un detalle de las tareas o funciones que el personal del cuerpo de celadores puede y debe realizar en los recintos denominados animalarios.

3 Metodología

Al realizar este capítulo, se han recolectado datos relevantes, e informaciones relativas al trabajo de campo de los celadores en animalarios. Para ello, se ha lanzado una búsqueda de estas cuestiones en la bibliografía disponible en Internet, en el Boletín Oficial del Estado y en artículos de base científica de la red: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

Los celadores realizan una función de colaboración con los sanitarios allí destinado, el personal facultativo y científico. En general a las unidades de animalarios en hospitales o centros que estén dotados de animalarios. Como se trata de formar equipos multidisciplinarios bien conectados para que la comunicación con el resto de equipos de otras unidades sea óptima. Dentro de las funciones que desempeña el celador en los animalarios está el que conozca bien su misión, y sepa reaccionar y actuar en las diferentes situaciones o dificultades que se presenten en el día a día, y aborde con éxito las mismas dentro de sus tareas y cometidos. Los animales de los animalarios con los que se experimenta constituyen herramientas de conocimiento y saber imprescindibles en muchos proyectos de investigación biomédica además de resultar un instrumento para la docencia que proporciona habilidades y comprensión para los residentes que se van relacionando en el medio sanitario.

La labor de los celadores en el desempeño de su trabajo diario en los animalarios con los animales que tengan a su cargo, de entre aquellos utilizados en los quirófanos experimentales y en los laboratorios consistirá en cuidarlos, alimentarlos, garantizar la higiene y limpieza en sus jaulas o habitáculos residenciales, asearlos... Y todo ello tanto antes de ser sometidos a cualquier prueba experimental como cuando dicha prueba finalice. En estas labores de higienización siempre seguirán las órdenes, instrucciones y recomendaciones que el personal médico, el personal de Supervisión o el cuerpo de Enfermería (en caso de que estas ejerzan funciones de supervisión)

Además de estas limpiezas e higienes en el proceso investigador o de experimentación, el celador deberá también garantizar las tareas de cuidado, alimentación y limpieza de los residentes (animales) allí localizados. Por la realización de estas tareas, en concepto de complemento específico se les reconoce en las nóminas un incremento respecto al resto de Celadores a los destinados en dependencias con instalaciones de animalario para la investigación animal.

Huelga decir que en el animalario es donde se cuidan y donde residen los animales que son o van a ser sometidos a procesos de experimentación y/o docencia. A la hora de determinar el número de animales que vayan a ser utilizados en la experimentación, se tenderá y se tratará de emplear el mínimo indispensable, pero siempre en ese mínimo hay que garantizar que el número de individuos no comprometa el estudio ni la investigación, ni por supuesto, sus objetivos. Los casos en los que los animales están permitidos, y por tanto, tiene sentido el animalario en un centro sanitario/hospitalario se refieren a la investigación de carácter científico, la prevención de profilaxis, los diagnósticos, tratamientos y curas de enfermedades en los seres humanos, los animales o las plantas, los seres vivos, en extensión.

5 Discusión-Conclusión

Una vez vistas las funciones que tiene como cometido del celador de animalario en los centros hospitalarios y recintos respecto a los animales utilizados en ellos para las investigaciones y los avances de la medicina, podemos concluir que para un funcionamiento adecuado y óptimo del animalario en los centros hospitalarios y recintos la labor de limpieza, cuidado, alimentación y mantenimiento tanto de los animales como de las propias instalaciones, como hemos visto la labor del celador es muy importante en animalario además de las tareas de traslado de documentos y objetos, tramitación de comunicaciones verbales y traslado de documentación clínica y documentos así como trabajos en oficinas, traslado de

muestra biológica y todo lo requerido en la legislación el personal no sanitario de la seguridad social.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/boe/dias/1971/07/22/pdfs/A12015-12024.pdf>
2. <https://revistamedica.com/animalario-funciones-celador/>
3. Editorial LOGOSS 4. Editorial MAD 5. <https://www.google.es/amp/s/amp.europapress.es/castilla-lamancha/noticiahospital-paraplejicos-toledo-organiza-primer-curso-formacion-cuidadoresanimalarios-20100917125009.html>

Capítulo 242

EL TRABAJO DE LOS CELADORES EN PARITORIOS

DAVID BODAS GÓMEZ

SAMUEL RUIZ HERNÁNDEZ

JONATHAN SOLDADO HERVAS

RAQUEL DÍAZ GALVEZ

SERGIO CAMACHO CORDERO

1 Introducción

El paritorio está formado por las dependencias destinadas a los alumbramientos, con los equipos de personas (ginecólogos, obstetras, matronas, auxiliares y celadores) y los medios materiales o equipación y maquinaria que resultan esenciales para que la gestante que va a dar a luz lo haga en las mejores condiciones y con las mayores garantías.

Las mejoras y avances médicos y la evolución en el campo tecnológico, además de los crecientes conocimientos científicos, se han llevado a la enfermería en los paritorios tanto para los cuidados durante el embarazo, como en el parto y el puerperio, siempre en función de las necesidades de la embarazada y del criterio médico. Esto ha permitido que podamos afirmar que la muerte materno-infantil ha experimentado un decrecimiento evidente en las últimas décadas. También es de destacar la importancia de la atención a la información que se proporciona

a las mujeres embarazadas, tanto en lo referente a la vigilancia como al control prenatal; la atención materno-infantil para detectar, descartar y controlar algunas mortalidades en diferentes etapas del embarazo. Aplica en éstas, tanto la orientación que se proporciona como la educación, detección y controles de enfermedades.

Esto se une al hecho de contar en las unidades de paritorios y seguimiento del embarazo con diversidad de materiales, equipos y aparatos electrónicos, que permiten monitorear tanto a la gestante como al bebé continuamente, es decir, antes y después del trabajo de parto. Algunos de los seguimientos que se realizan son: la frecuencia cardíaca, la oxigenación, el sufrimiento fetal... Estos indicadores permiten determinar la necesidad de una actuación de urgencia, como puede ser una cesaría, uso de instrumentación...

En el campo de trabajo que nos ocupa, el celador forma parte del equipo multidisciplinar y está para cubrir aquellos sobre lo que se le pueda necesitar, abarcando también el paritorio, neo-natos y maternidad.

2 Objetivos

Proporcionar información acerca de las funciones de los celadores en los paritorios desde la recepción de la paciente hasta su alta hospitalaria, incluyendo también la atención en consulta sin ingreso.

3 Metodología

Este capítulo se ha elaborado a partir de una investigación de fuentes bibliográficas sobre el tema en cuestión, revisando la literatura científica existente. Para ello, se ha elaborado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos de las siguientes bases: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando una parturienta entra en la zona de urgencias, tras proporcionar sus datos en admisión, es con el celador con la primera persona que tiene contacto. Éste será quien la guíe por las dependencias o quien directamente la traslade por ellas en silla o camilla.

Siguiendo las indicaciones del ginecólogo la mujer será trasladada al paritorio directamente o a la planta de maternidad. Si esto fuera así, desde la planta de maternidad será trasladada por el celador al paritorio en el momento que le indique el facultativo. Durante este traslado, el celador llevará tanto a la parturienta en la cama como su historia clínica. Durante el trayecto, el celador invitará a la parturienta a reducir su nerviosismo o ansiedad ante la incertidumbre que ésta pueda tener por el hecho de parir.

Para que el parto se desarrolle con éxito, el celador estará en el paritorio y ayudará tanto al traslado del mobiliario como del aparataje.

Cuando el trabajo de parto haya finalizado, la madre deberá permanecer en un box de observación junto con su hijo, durante al menos dos horas. Transcurrido este tiempo, será conducida por el celador a la planta de maternidad proporcionando apoyo y seguridad en el trayecto.

Para el control de horario de visita, en ciertas unidades, también se cuenta con los celadores. Y antes y después del alumbramiento así como durante la hospitalización se encarga el celador del traslado de la documentación: historia clínica, solicitud de pruebas, muestras (orina, sangre, heces).

En lo referente al servicio de farmacia con cuestiones como cajas de suero, gasas, apósitos... también se hace cargo el celador. Además, en relación con el mantenimiento de las estancias, se ocupará de avisar a sus superiores del mismo, así como de desperfectos que aparezcan o detecte en las zonas de trabajo y de estancia de pacientes y relajará las tareas de apoyo al personal sanitario que sean de su competencia.

Si se da una situación de urgencia, como podría ser una cesárea, la existencia de peligro para bebés o de la madre, el celador se mostrará diligente, y siempre debe estar muy atento a la urgencia de ese traslado de la futura mamá al quirófano más cercano del paritorio. En el caso de que la situación se torne grave, como la muerte del feto, si éste es menor de seis meses lo trasladará en cajas especiales para la recogida o incineración de restos (con las que cuentan los propios hospitales). Si el feto es mayor de 6 meses, podría ser objeto de biopsia, por ejemplo, y podría mantenerse durante un periodo máximo de 145 días en el hospital y será el celador el encargado de su traslado a anatomía patológica. Y esta misma situación se dará en el caso de muerte de la gestante/parturienta.

5 Discusión-Conclusión

Al llegar la paciente a urgencias, será el celador quien la recoja y quien la traslade o guíe para ser atendida por el ginecólogo, y ya, dependerá de éste el que vaya

de urgencias al paritorio o de urgencias a la planta de maternidad (en este caso, luego desde maternidad sería trasladada a paritorio y tras realizar el trabajo de parto, de nuevo a maternidad).

El primer contacto con personal (socio)sanitario de la embarazada es con el celador, y por ello, se presupone y se exige a éste una atención cercana y con empatía, con el objetivo de tranquilizar a la futura madre. A ésta, le será ofrecida silla de ruedas y se trasladará/guiará a la ginecología desde urgencias para que sea explorada y ya el facultativo determinará el siguiente destino en el hospital de la paciente; de la misma manera, el facultativo decidirá el traslado de la gestante al paritorio cuando llegue el momento y se den las condiciones para el parto. Estos traslados serán llevados a cabo por el celador.

Es importante el conocimiento y la correcta formación del celador respecto a sus funciones y papel en el paritorio.

6 Bibliografía

6 Bibliografía <https://revistamedica.com/celador>
(y la paciente embarazada). <https://astursalud.es>
(procedimiento para restos fetales). <https://Monografias y salud.com> (parto, embarazo y puerperio).

Capítulo 243

EL INGENIERO DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO: SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS: ROCIADORES

ALBERTO AVIVAR ROZALÉN

GABRIEL MOLINA CUESTA

OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL

LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE

1 Introducción

Un incendio en un Hospital es uno de los graves problemas que puede existir y hay que intentar evitarlo por todos los medios disponibles a nuestro alcance.

Recientemente, veíamos en la televisión el incendio del Hospital de Hellín (Albacete), donde una enorme nube negra envolvía en unos minutos casi la totalidad del complejo. Además, se podía ver como los aparcamientos, se llenaban de enfermos en sillas de ruedas, en camas, desatendidos y desorientados, puesto que la evacuación en estos casos es muy complicada. Gracias a la rápida actuación del personal del hospital, utilizando los medios de extinción de incendios, pudieron controlar el incendio y ganar el tiempo suficiente hasta que los bomberos llegaron y conseguir apagar el incendio por completo.

Dentro de cualquier hospital, encontramos diferentes tipos o sistemas para la protección contra incendios. Primeramente, está la protección pasiva que se encarga

de favorecer la no propagación del incendio y la evacuación, donde podemos hablar de la sectorización, sellado de instalaciones, puertas cortafuegos, compuertas automáticas, etc. Por otro lado, nos encontramos la protección activa, cuya misión es la actuación sobre el incendio para su extinción, siendo importantísima la actuación en el mínimo tiempo posible y uno de los sistemas más efectivos y que cumple con esas premisas serían los rociadores.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de los rociadores, como sistema de extinción de incendios en un Hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación, consistente en una revisión bibliográfica del Código Técnico de la Edificación, Documentos Básico de Seguridad contra Incendios, en sus apartados genéricos y los específicos para uso hospitalario. También se atenderá al Real Decreto 513/2017, del 22 de Mayo; por el que se aprueba el Reglamento de Instalaciones de Protección Contra Incendios (RIPCI) pertinentes a las condiciones y los requisitos que deben ser exigibles en cuanto al diseño, instalaciones, mantenimientos e inspecciones de los equipos, sistemas y componentes de una instalación contra incendios.

4 Resultados

Los rociadores o también llamados Sprinkles, están formados por los siguientes elementos: a) Tuberías por donde discurre el agua hasta las boquillas. b) Puesto de mando y control. c) Boquillas de descarga.

El rociador se activa en presencia de calor (o de humo, mediante un dispositivo electrónico), está formado por una armadura y el caño, está cerrado por medio de un tapón con una capsula de vidrio rellena de líquido con punto de ebullición determinado, generalmente entre los 70 – 80 °C. Cuando hay un incendio, hierve el líquido de la capsula haciendo saltar el tapón y saliendo el agua a presión chocando contra el dispersor. El agua a presión, discurre a través tuberías, válvulas y presostatos que la dirigen y controlan el caudal, hasta las plantas del

hospital, hacia las boquillas de los rociadores situadas generalmente en el techo, apagando el incendio rápidamente y de forma localizada.

Las características de los rociadores, serán de acuerdo a la norma UNE-EN 12845:2005+A2:2010. Para la realización del mantenimiento de los mismos, atenderemos a dicha norma, organizándose temporalmente del siguiente modo:

Trimestral:

- Verificación de que los dispositivos de descarga de los rociadores están bien y no hay nada que los obstaculice y puedan funcionar correctamente.
- Comprobación visual general de los rociadores.
- Comprobar los manómetros y que los valores de presión se encuentran dentro de los márgenes de funcionamiento.
- Limpieza de todos los elementos que forman la instalación.

Cada 6 meses:

- Revisión visual de la no existencia de corrosión o se encuentren manipulados o deteriorados los depósitos, tuberías y latiguillos.
- Comprobar que todas válvulas se encuentran en su posición correcta, ya que en caso contrario podría impedir que el agua llegase a los rociadores.
- Revisar que los sistemas de abastecimiento de agua contra incendio disponen de suministro eléctrico normal.

Cada año:

- Revisar que no haya fugas en las conexiones a las tuberías y conserven su estanqueidad.
- Verificar el tiempo de respuesta de los rociadores.
- Comprobar que el suministro de agua está garantizado, en las condiciones de presión y caudal previstas en el diseño de la instalación.

5 Discusión-Conclusión

El sistema de extinción de incendios mediante el uso de rociadores es uno de los sistemas más efectivos que existen para la lucha contra incendios, además de ser uno de los más extendidos.

Cuando se produce un incendio, el rociador más cercano al mismo se activa, rompiéndose la ampolla, descargando una gran cantidad de agua dispersada sobre el foco del incendio y en dirección descendente (impide la propagación del incendio a través del humo). Por otro lado, se ha activado la alarma en la central de detección y el personal queda avisado, poniéndose en marcha con el Plan

de Autoprotección. Lo bueno de estos sistemas automáticos es que mientras los equipos van al lugar donde se ha producido el incendio, los rociadores ya están actuando sobre el incendio, ganando un tiempo esencial. Los rociadores estarán funcionando hasta que sean desactivados de forma manual.

Los rociadores son sistemas muy efectivos, pero muy delicados y requieren de un buen mantenimiento que garantice que funcionarán cuando se les necesite. Es misión del ingeniero dentro del hospital, controlar y asegurar que el personal propio y la empresa mantenedora autorizada, realizan todas las operaciones periódicas exigidas de mantenimiento descritas preparar informes periódicos y registro de todo lo realizado.

6 Bibliografía

Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos laborales y el Reglamento de Servicios de Prevención.

Real Decreto 513/2017, del 22 de Mayo; Reglamento de Instalaciones de Protección Contra Incendios (RIPCI).

Código Técnico de la Edificación, Documento Básico de Seguridad Contra Incendios, CTE-DB SI.

Distintas páginas webs de las diferentes funciones de mantenimiento y dispositivos contra incendios.

Capítulo 244

COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

LIDIA SANCHEZ DIAZ

1 Introducción

La atención sanitaria se divide en diferentes niveles de atención, siendo la Atención Primaria el primer escalón para satisfacer las necesidades básicas de la población en cuestión de salud.

La Atención Primaria cuenta con distintos centros de atención como por ejemplo centros de salud comunitaria y consultorios locales y auxiliares.

Estos centros ofrecen diferentes programas de salud para todos los rangos de edad. Algunos de estos programas son atención al niño sano, consultas médicas generales, consulta ginecológica, entre otras.

La Atención Primaria es la puerta de entrada del usuario a la sanidad, donde se le ofrece una solución sanitaria a sus problemas. Si los problemas no han quedado resuelto en este nivel, se pasa a la atención secundaria, con consultas especializadas para dar soluciones más específicas.

Atención Primaria cuenta con un equipo multidisciplinar compuesto por diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios. El Auxiliar Administrativo de los

servicios sanitarios se encuentra dentro de las unidades administrativas de estos centros.

Las funciones del Auxiliar Administrativo de los servicios sanitarios están reguladas por una normativa de 1984, la cual especifica cuáles son las competencias que debe realizar este profesional para desempeñar adecuadamente su actividad laboral.

Las diversas funciones que realiza este profesional son esenciales para el buen funcionamiento de la administración de Atención Primaria. Para ello, debe poseer los conocimientos adecuados y contar con una correcta formación, puesto que sin ella su actividad laboral sería caótica.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es establecer las distintas competencias que realiza el Auxiliar Administrativo de los servicios sanitarios en Atención Primaria.

3 Metodología

Para recopilar información sobre las funciones que realiza el Auxiliar Administrativo de los servicios sanitarios en Atención Primaria se consultó en páginas web de los diferentes servicios de salud del territorio español y en diferentes buscadores científicos. Las palabras clave utilizadas fueron: auxiliar administrativo, funciones, tarea, competencias, atención primaria, centro de salud.

4 Resultados

El Auxiliar Administrativo de los sistemas sanitarios, en el área de Atención Primaria realiza gestiones de administración y atención al usuario.

El Auxiliar Administrativo de los servicios sanitarios se encarga de numerosas funciones como por ejemplo la gestión de citas, la atención telefónica, realiza informes, gestiona los archivos, atiende al usuario, realiza una organización de expedientes, afilia a nuevos usuarios al centro de salud, realiza cambios de médico, realiza la recepción del paciente al centro, gestionar las agendas médicas, entre otras funciones.

Para realizar su trabajo, dispone de diferentes recursos tecnológicos como el teléfono, ordenador, fax, fotocopidora, etc.

Además de realizar sus funciones de manera adecuada y precisa, debe tratar con profesionalidad, respeto y empatía a los usuarios y pacientes, manteniendo siempre la confidencialidad de todos los datos a los que tenga acceso.

Prácticamente, las funciones que realiza el Auxiliar Administrativo en Atención Primaria son las mismas que en un Hospital.

El Auxiliar Administrativo de los servicios sanitarios tiene que poseer altas capacidades para desempeñar su labor lo más óptimas posible, contribuyendo así al buen funcionamiento del centro sanitario.

El Auxiliar Administrativo de los servicios sanitarios debe poseer gran capacidad de escucha, debe ser resolutivo para desenvolverse en las múltiples situaciones diarias que se le presentan, manteniendo siempre la competencia profesional.

Además, debe saber resolver y dar respuesta a los diferentes contratiempos que surgen en el día a día de un centro de salud, los cuales no son pocos.

Destacar que el trabajo del Auxiliar Administrativo de los servicios sanitarios se ha adaptado a los nuevos tiempos, incorporando las nuevas tecnologías a su trabajo diario, sabiendo manejar las TIC y utilizarlas de manera oportuna en cada situación, dando así respuesta y salida rápida al trabajo.

5 Discusión-Conclusión

La figura del Auxiliar Administrativo en Atención Primaria es imprescindible, puesto que sin su presencia el desarrollo funcional de este centro sería inapropiado y caótico.

El Auxiliar Administrativo de los servicios sanitarios realizará funciones de gestión. Además, debe tener un trato correcto con el paciente y/o usuario, atendiéndolo con educación, respeto y empatía.

Además, debe tener los conocimientos necesarios para manejar las nuevas tecnologías que se han incorporado a los servicios sanitarios y que debe utilizar cada día para desempeñar sus funciones laborales, dando así una respuesta adecuada, óptima y rápida a la tramitación de datos y documentación médica y sanitaria.

6 Bibliografía

- de Aragón, S. (2013). Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. selección, 30, 12.
- Elustondo, S. G., Vallejo, R. G., & Aguado, P. N. (2002). Formación continuada en atención primaria: necesidades formativas de sus profesionales. *Atención primaria*, 30(6), 368-373.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11.

Capítulo 245

DENSITOMETRÍA ÓSEA

MARIA GONZÁLEZ GALIANO

MARIA DEL CARMEN GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

La osteoporosis es una enfermedad ósea que se caracteriza por la pérdida de masa ósea, se debe a que el organismo no es capaz de producir tejido óseo en cantidad suficiente para reemplazar al viejo. Los huesos que resultan más afectados son la columna y la cadera. Una de las principales causas de la osteoporosis es la edad. Las mujeres son más propensas a padecer osteoporosis al inicio de la menopausia, otras causas son los antecedentes familiares, enfermedades inflamatorias, beber, fumar...

La osteoporosis y sus síntomas es tratada por los reumatólogos y endocrinos. Para reducir el riesgo de padecer osteoporosis los especialistas aconsejan ejercicio, dieta saludable, ingesta de calcio y vitamina D para fortalecer los huesos, no beber y fumar.

La densitometría ósea es una técnica diagnóstica que estudia la densidad mineral ósea. Sirve para el diagnóstico de la osteoporosis, al igual que puede predecir el riesgo y la probabilidad de posibles fracturas de un hueso, así como valorar si el tratamiento de las osteoporosis es efectivo.

El estudio de densitometría ósea utiliza rayos x para estimar cuantos gramos de calcio y otros minerales óseos hay en el hueso. Las partes del cuerpo estudiados son los de la columna vertebral, la cadera.

2 Objetivos

- Tener conocimientos sobre la osteoporosis para así poder interpretar si estamos realizando un buen estudio.
- Saber cómo se realiza una densitometría y porque.

3 Metodología

Consulta bibliográfica de distintas bases de datos científicos procedentes de publicaciones acreditadas. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos científicos. El material bibliográfico se obtuvo a través de la consulta en PubMed, Medline y Scielo, procedentes de publicaciones acreditadas.

4 Resultados

La densitometría ósea ayuda al especialista a saber el riesgo de fractura ósea que puede tener un paciente en un momento de su vida. Si un paciente presenta una densidad mineral ósea disminuida con respecto a los valores normales para su edad y sexo, puede decirse que la probabilidad que tiene para sufrir una fractura en sus huesos es mayor. Entre las personas que presentan un riesgo mayor de desmineralización ósea nos encontramos:

- Las mujeres tras la menopausia que son candidatas a terapias hormonal sustitutiva,
- Las personas con antecedentes de fractura de cadera o aplastamiento vertebral.
- Las personas que tengan algún tratamiento con corticoides.
- Quienes padezcan alguna patología de la glándula tiroides como el hipotiroidismo, o de la paratiroides, como el hipoparatiroidismo.
- Quienes padezcan diabetes o quienes tengan antecedentes familiares de osteoporosis.
- Las personas que hayan tenido una fractura ósea tras un traumatismo.
- Las personas que tengan alteraciones en su analítica.

La prueba dura unos diez o treinta minutos, dependiendo de las partes del cuerpo que se desee examinarse y el aparato que se utilice (densitómetro o TAC). Para

el diagnóstico de osteoporosis, se exploraran las caderas y la zona lumbar, midiendo el contenido óseo de las vértebras L2, L3 y L4 y el cuello del fémur. Para la realización de la prueba no se necesita ninguna preparación previa. Si el paciente toma algún suplemento de calcio se debe suspender en las 24 horas anteriores. Evitar llevar complementos que tengan objetos metálicos, como hebillas, cremalleras, etcétera, pues no se pueden llevar para realizar el estudio.

El paciente se tumbará en la camilla en decúbito supino y tendrá que estar relajado y lo más quieto posible. El escáner realizará un barrido sobre todo el cuerpo, emitirá una radiación con dosis, en torno a la décima parte de la que se usa para una placa de tórax. El aparato toma una radiografía en la columna lumbar y de la cadera. En la actualidad ya hay equipos portátiles que miden la densidad ósea en la muñeca o en el talón.

La realización del estudio es rápida y no supone ninguna molestia para el paciente, salvo que tiene que permanecer quieto durante su realización evitando los movimientos. Normalmente, se suele realizar densitometrías de control cada dos años para ver si el paciente sigue perdiendo densidad ósea y si responde al tratamiento.

La lectura de una densitometría la realiza el radiólogo correspondiente emitiendo un informe con los valores medios de masa ósea de cada zona explorada del paciente. Las imágenes salen digitalizadas y con diferentes colores. Estos valores se comparan con los estándares del grupo de edad y sexo al que se incluye al paciente, para valorar la probabilidad de que pueda tener una fractura. Los resultados dan dos valores:

- Un valor “T”: compara el hueso del paciente con el de una persona adulta joven del mismo sexo. Si el valor es de -1 está dentro de la normalidad, si el valor está entre -1 y -2,5 lo consideran como osteopenia (poca masa ósea); y valores por debajo de -2,5, se considera como osteoporosis. Esta valoración se usa para evaluar el riesgo de padecer una fractura.
- Un valor “Z”: compara la cantidad de hueso que el paciente tiene con el grupo de personas del mismo sexo, la misma edad y peso.

5 Discusión-Conclusión

La densitometría ósea permite diagnosticar a pacientes cuando tienen una alteración de la masa ósea que puede llegar a tener una fractura con un traumatismo mínimo, a los que un tratamiento adecuado puede mejorar esa posibilidad. Además es el aparato disponible para controlar la respuesta al tratamiento, como también la evolución de otras enfermedades que afectan a la masa ósea.

Realizar este tipo de pruebas ofrece numerosas ventajas, ya que a demás de cumplir su objetivo en el diagnóstico de las osteoporosis, es una prueba no invasiva la cual tiene varias características:

- Dura poco tiempo
- La radiación es baja.
- No suele tener efectos secundarios.
- No requiere de preparación previa (ayunas, anestesia...)

6 Bibliografía

- <https://www.centrodiagnostico.com/que-es-una-desintometria-osea/>
- <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-interpretacion-densitometria-osea-S1138359309000069>
- <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/densitometria-osea>
- https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018001201471

Capítulo 246

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL LAVADO DEL GÉNERO

HAYAT DRISSI-KAITOUNI MOHAMED

1 Introducción

La tecnología de la cocina ha avanzado mucho, pero todavía existen factores de riesgo en el entorno laboral, sobre todo para que no perjudique al personal de cocina hospitalaria, como a los pacientes que se les suministra sus dietas, elaboradas a la petición de un nutricionista y bajo supervisión médica en todo momento. En la industria restaurantera existen muchos riesgos laborales que afectan directamente a los trabajadores e indirectamente a los pacientes. La higiene en la cocina siempre es un factor importante, ya que afecta a la salud de los pacientes y agudiza su morbilidad, pero es absolutamente necesaria en los tiempos que estamos atravesando por la crisis del coronavirus. La forma en que almacenamos los alimentos, cómo los cocinamos e incluso cómo los transportamos puede tener un impacto en nuestra salud. También tenemos que pensar en cómo limpiamos nuestra cocina, qué productos y materiales se utilizan. Tomar en cuenta para evitar problemas de salud. La higiene comienza en el momento en que compramos porque es cuando decidimos dónde comprar y qué productos comprar. Una correcta higiene en la cocina, ya sean superficies, recipientes, electrodomésticos, utensilios; es una protección contra cualquier tipo de infección, esto siempre hay que tenerlo en cuenta, pero ahora es imprescindible.

2 Objetivos

Indicar la limpieza y conservación de los alimentos que se realiza en las cocinas hospitalarias por los pinches de cocina y parte de sus labores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión 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

Vamos a explicar como lavar los alimentos mas principales:

1. Verduras. Es necesario remojarlas en lejía (lejía disponible para agua clorada), la mayoría de las verduras.

- Frijoles. Mejora su digestibilidad y facilita la absorción de proteínas.

- Huevos. Limpiamos la cáscara fecal para evitar la contaminación por Salmonella. Lo ideal es lavarlos con un paño húmedo.

- La tapa superior de la lata. De esta manera al abrirlos y sacar el contenido, no se contaminará con suciedad externa.

- Deben limpiarse los restos de suciedad causados por un transporte o almacenamiento inadecuado.

2. Colocación de cámara y estuche:

- Los productos en el almacén no deben colocarse de manera desordenada, y los productos de limpieza no deben mezclarse con los alimentos.

- Manténgase fuera del alcance y no debe haber posibilidad de contacto con alimentos crudos o cocidos (tenga en cuenta que el perejil y las hojas de laurel se colocan en el último estante de la cámara y los alimentos cocidos se colocan debajo).

- Cuando queremos congelar algo, debemos ponerlo en una bolsa y etiquetarlo con una fecha de congelación para controlar su vida útil.

- Cuidado al apilar alimentos, si apilamos grandes, el peso deformará la estructura natural del recipiente o alimento.

3. Herramientas de trabajo:

- Las herramientas de trabajo deben estar disponibles y mantenerse limpias. (cuchillos, platos, rebanadas, etc.) Debido a que entran en contacto con los alimentos, alteran su estructura natural y penetran profundamente en los alimentos, por lo que si están contaminados, pueden contaminar todo el alimento.
- Nunca se pueden mezclar productos crudos con utensilios cocidos, por ejemplo: nunca mezclamos cuchillos para limpiar verduras con pollo cocido porque las verduras traen suciedad y coliformes (como comentamos en este capítulo), sirven para regar y estas bacterias se transmiten al pollo cocido, el pollo no se recalienta, por lo que se multiplican y no se pueden destruir nuevamente porque ya no cocinamos el pollo.
- Lo mismo ocurre con las manos sucias, las mesas sucias o la maquinaria de la cocina, que hay que lavar cada vez que se cambia de comida.

5 Discusión-Conclusión

La limpieza es una de las claves fundamentales para prevenir la contaminación y las intoxicaciones alimentarias. Esta es una regla básica que todos los encargados de la cocina deben seguir. Trabajar en un ambiente limpio nos ayuda a mantener las condiciones adecuadas para los productos utilizados en los alimentos. Por ello, todas las personas que se desempeñen como manipuladores de alimentos deben prestar atención a las condiciones de limpieza de las instalaciones y de los equipos y utensilios utilizados. Es importante realizar una limpieza profesional de las cocinas industriales con los productos adecuados y evitar la contaminación cruzada. La contaminación cruzada se refiere a la transferencia de sustancias no deseadas (ya sean biológicas, químicas o físicas) a los alimentos a través de los manipuladores de alimentos, otros productos alimenticios, herramientas de trabajo o superficies utilizadas durante la manipulación. Tomando medidas protectoras, preventivas y destructivas, podemos evitar la contaminación cruzada.

6 Bibliografía

pubmed

Capítulo 247

EL ETIQUETADO DE LOS ALIMENTOS POR EL PINCHE DE COCINA

HAYAT DRISSI-KAITOUNI MOHAMED

1 Introducción

Los alimentos se comercializan envasados con un doble objetivo, por un lado, hacer un anuncio del producto y, por otro, protegerlo para alargar su período de conservación. Existen muchas técnicas de envasado, como es el envasado tradicional, el envasado al vacío o el envasado en atmósfera modificada. También son muy variados los recipientes utilizados, tanto en forma como en el uso del material, entre los tipos de recipientes destacamos: botellas, cajas o frascos, de materiales como el plástico, el cartón, etc. Todos estos materiales que van a estar en contacto con los alimentos, deben cumplir unos requisitos y deben de adaptarse a la normativa vigente recogido en el marco de referencia legislativa sobre los envases de los alimentos: Este es el Reglamento Europeo 1935/2004 sobre materiales y objetos destinados a entrar en contacto con alimentos, que fija las exigencias en materia de seguridad alimentaria y trazabilidad de los envases alimentarios. El objetivo principal de este reglamento es asegurar la salud de todos los consumidores, esto es de vital importancia y más aún si cabe en el ámbito sanitario, ya que los pacientes que están ya ingresados en el hospital, tienen un estado de salud en mayor o menor medida comprometido. En todos los envases de los alimentos debe de existir un etiquetado del producto.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer en qué consiste el etiquetado de los alimentos que hay en la cocina de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, así como el principal buscador Google.

4 Resultados

El etiquetado de los alimentos está regulado por el Reglamento (UE) N.º 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2011 sobre la información alimentaria facilitada al consumidor. Los alimentos deben de ir acompañados de su propia tarjeta de presentación, que los identifica y caracteriza. La información incluida en el etiquetado debe ser leal, no debe inducir a error, debe incluir información veraz sobre las características del alimento como su naturaleza, su identidad, sus cualidades, su composición, cantidad, duración, país de origen o lugar de procedencia y modo de fabricación. El contenido de la etiqueta incluirá:

- Denominación del alimento: Se debe de indicar la denominación legal del alimento, la prescrita en la legislación aplicable o en su ausencia la denominación habitual basada en el uso y costumbres del país en el que se venda el artículo.
- Indicación cuantitativa de los ingredientes: Debe indicarse la cantidad de los ingredientes usados en el caso de que figure en la denominación del propio alimento o se asocie al mismo, estará destacado en el envasado del alimento. La cantidad neta: Expresada en litros, centilitros, mililitros, kilogramos, gramos. Se realiza en unidades de volumen en productos líquidos y en unidades de peso para el resto. Fechas: Hay 3 fechas importantes que deben figurar en el etiquetado:
 - Fecha de duración mínima: fecha hasta la que el alimento conserva sus propiedades específicas cuando se almacena de forma correcta.
 - Fecha de caducidad: fecha a partir de la cual el alimento no se considera seguro, lo cual no se puede usar.
 - Fecha de congelado: deberá indicarse día, mes y año.
- Las condiciones especiales de conservación, utilización y modo de empleo.
- El nombre o la razón social y la dirección del operador de la empresa alimentaria.

5 Discusión-Conclusión

Si un alimento puede contener trazas de un alérgeno este debe de incluirse de forma obligatoria en el etiquetado de forma que lo podamos reconocer fácilmente. Es también importante comprobar que aparezca el número de lote del producto por si hay una alarma sanitaria y se debe de retirar cierto lote de un determinado producto. Como pinches de cocina debemos aprender cuál es el contenido que debe de proporcionarnos el etiquetado de un alimento, debemos saber la forma correcta sabiendo lo que significa cada denominación y cada indicación. Es importante que tengamos en cuenta las fechas de caducidad de los alimentos para descartar aquellos que no se encuentren en buen estado para su uso.

6 Bibliografía

scielo, pubmed.

Capítulo 248

LA TURNICIDAD EN SANIDAD

ESTER CASTRO ALONSO

1 Introducción

El sistema sanitario tiene atención las 24 horas del día todos los días del año y es por eso que las personas que trabajan para él, en su mayoría, están sometidos a un horario por turnos, pudiendo trabajar fines de semana y festivos. Esta situación puede no ser favorable para la situación personal de todo el mundo, para poder conciliar, incluso puede decirse que no es beneficiosa para la salud, sobre todo en personas mayores.

La turnicidad es necesaria en cualquier trabajo que precise más de ocho horas de trabajo, ya que los trabajadores harán diferentes turnos según estipule la normativa de cada empresa. En el sector público los turnos más populares son los biológicos, en los que el trabajador puede trabajar tanto de mañana, de tarde o de noche.

Los turnos han ido evolucionando y se han hecho muchos estudios para llegar a una combinación que perjudique lo menos posible a los trabajadores y a su salud, siendo el turno ecológico el más instaurado en todos los sistemas. Este turno permite descansar al trabajador, descansar 3 días cada 5 días trabajados, y un día más cuando se cumple el ciclo del turno. De esta manera es posible la organización del trabajador, aunque no siempre es posible seguir una tabla estipulada, ya que existen las sustituciones y las bajas, lo que dificulta que todos los trabajadores puedan llevar los mismos ritmos.

2 Objetivos

- Describir cómo afectan al personal sanitario en sus día a día y a lo largo de su vida laboral.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando como fuentes científicas diferentes bases de datos, tales como Pubmed, Scielo o Google Académico, a fin de recopilar artículos actualizados sobre el objeto de estudio. Las fechas se han restringido a los últimos 20 años, cribando los resultados a términos referentes al tema del trabajo.

4 Resultados

Ciertas atenciones del servicio sanitario son necesariamente las 24 horas, por ejemplo el servicio de urgencias o la atención en planta a pacientes ingresados. La capacidad de organización según los turnos depende de cada persona y de cada situación, sin embargo, es una realidad que el horario tiene que ser inevitablemente rotativo.

Se debe de tener en cuenta que la capacidad para conciliar con un horario a turnos es muy complicada y es por ello que muchos trabajadores recurren al absentismo laboral, la imposibilidad de hacerse cargo de sus hijos y la falta de recursos es abrumadora, los problemas de estrés o síndrome de burnout derivados de estas situaciones son cada vez más frecuentes.

Además de la problemática que supone trabajar un día de mañana y dentro de dos de noche, la salud se resiente, los ritmos circadianos del organismo se alteran cada poco tiempo y no permite al cuerpo un descanso efectivo, sobre todo en el trabajo nocturno en el que el cuerpo detecta una actividad no habitual y no esperada, en vez de descansar y reponer energía. La alimentación en estas situaciones también es determinante, pues la ingesta de un exceso calórico por las noches provoca obesidad.

Además hay estudios que indican que la probabilidad de padecer una enfermedad digestiva, cardíaca o incluso algunos tipos de cáncer aumenta en personas que trabajan de noche.

La edad es un factor fundamental, por eso se aconseja que a cierta edad se instaure un turno fijo de mañanas o de tardes, aunque no siempre es posible esta opción, es la más favorable para la salud del trabajador y para el rendimiento, ya

que el cansancio nocturno es más acusado en personas con mayor edad y puede provocar rendimientos bajos.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye, por lo tanto, que el trabajo ejercido por las personas que trabajan para el sistema sanitario y que además lo hacen con un horario rotativo, en el que tienen que trabajar según un día y una semana en un horario distinto, no favorece ni la salud física ni la mental. Sin embargo, es plenamente necesario este tipo de servicio, no es igual por ejemplo que una empresa en la que el objetivo es reducir las pérdidas en caso de parar o mejorar beneficios, aumentando la productividad. La salud es una necesidad a cualquier hora, por lo tanto, los trabajadores deben de estar dispuestos a estos horarios antes de decidir su carrera laboral.

6 Bibliografía

1. Cruz, H. V., & Poutou, E. L. C. (2004). EFECTOS DE LA TURNICIDAD LAB EFECTOS DE LA TURNICIDAD LABO-RAL SOBRE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y LA PERCEPCIÓN DE SALUD LA PERCEPCIÓN DE SALUD. *Revista Cubana de salud y trabajo*, 5(1), 10-9.
2. Vega-Escañó, J., Porcel-Gálvez, A. M., Barrientos-Trigo, S., Romero-Sánchez, J. M., & Diego-Cordero, R. D. (2020). La turnicidad como factor determinante en la aparición de insomnio en población laboral: Revisión sistemática. *Rev. esp. salud pública*, 0-0.
3. Díaz-Sampedro, E., López-Maza, R., & González-Puente, M. (2010). Hábitos de alimentación y actividad física según la turnicidad de los trabajadores de un hospital. *Enfermería clínica*, 20(4), 229-235.