

V LECCIONES EN SALUD PÚBLICA Y SOCIEDAD E INVESTIGACIÓN



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

V Lecciones en Salud Pública y Sociedad e Investigación



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

V Lecciones en Salud Pública y Sociedad e Investigación

Fecha de publicación: 30 de mayo 2023

1ª Edición

© CienciaSanitaria.es, 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 CienciaSanitaria.es 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 CienciaSanitaria.es 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: 978-84-19560-69-8

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1	VÓLVULO DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN, NEUMATOSIS INTESTINAL Y PORTAL, PRUEBA DE IMAGEN COMO CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO PAULA PEREZ NARANJO	3
2	DISEMINACIÓN LEPTOMENINGEA EN TUMORES PEDIÁTRICOS MARTA CORTES HERNANDEZ, MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ Y SILVIA TORREJON ALMEIDA	7
3	VÓMITOS: NO SIEMPRE ES LO MÁS FRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO SILVIA TORREJON ALMEIDA, MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ Y GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO	11
4	ENURESIS EN PEDIATRÍA GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO, MARTA CORTES HERNANDEZ, SILVIA TORREJON ALMEIDA Y MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ	15
5	PUNCIÓN LUMBAR EN PEDIATRÍA. REVISIÓN DE LA TÉCNICA Y PUESTA AL DÍA ENTRE LOS PEDIATRAS MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ, MARTA CORTES HERNANDEZ Y GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO	19
6	SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN SINUSOIDAL, A TENER EN CUENTA TRAS TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA DANIEL MATEOS MILLÁN, MARÍA JOSÉ RIEGO RAMOS Y CARMEN RIOS ARANDA	23
7	DIARREA POR CRYPTOSPORIDIUM CARMEN RIOS ARANDA, DANIEL MATEOS MILLÁN Y MARÍA JOSÉ RIEGO RAMOS	27

8	SÍNDROME DE LEMMEL, CAUSA DE ICTERICIA INTERMITENTE INFRECIENTE MARÍA JOSÉ RIEGO RAMOS, CARMEN RIOS ARANDA Y DANIEL MATEOS MILLÁN	31
9	PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA DIABETES GESTACIONAL ANA SANJUAN CONDE, ALBERTO CHAPELA ANTEPAZO, ISABEL CABALLERO MARTINEZ, CRISTINA ANDRÉS ALCOCEBA Y ELSA LECUMBERRI MARTÍNEZ	35
10	LA IMPORTANCIA DE LA PIEL. SUS ESTRUCTURAS Y PRINCIPAL PAPEL COMO MECANISMO DEFENSIVO DE NUESTRO ORGANISMO VANESA CHOCANO	41
11	HIPERHIDROSIS. EL INVISIBLE IMPACTO DE AQUELLOS QUE LA SUFREN. OPCIONES DE TRATAMIENTO ACTUALIZADOS VANESA CHOCANO	45
12	IMPULSANDO UNA CULTURA DE SEGURIDAD: MANOS LIMPIAS MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ GARCÍA, CRISTINA FERNÁNDEZ GARCÍA, MARÍA ALISES ROMERO, GLORIA TORRES ROMERO Y MARÍA NIEVES ÁLVAREZ ASENSIO	49
13	LA PROBLEMÁTICA DE SUICIDIO EN JÓVENES Y ADOLESCENTES JULIA HERRANZ HERNANDO, VICTOR RICARDO MÉNDEZ SÁNCHEZ Y MIRIAM RUBIO MORAL	55
14	AYUNO INTERMITENTE PARA TRATAR LA OBESIDAD EN CONSULTA DE ENFERMERIA MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ MERINO, MARINA ALAÑÓN BARBA, MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA, MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO Y ANA MARIA CAMARENA LILLO	61
15	ENFERMERIA Y SUS CUIDADOS EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ MERINO, MARINA ALAÑÓN BARBA, MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA, MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO Y ANA MARIA CAMARENA LILLO	65

- 16 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA CRISIS DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE**
MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ MERINO, MARINA ALAÑÓN BARBA,
MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA, MARIA DEL PILAR JUAREZ
MERINO Y ANA MARIA CAMARENA LILLO 69
- 17 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO OBSESIVO-COMPULSIVO: RECOMENDACIONES Y ESTRATEGIAS**
MELANIA GONZALEZ GUERRA, EVELYN MORENO MONZÓN,
AITANA GONZÁLEZ MONZÓN, STEPHANIE LIARTE Y COROMOTO
DEL CARMEN VALERÓN SANTANA 73
- 18 MANEJO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA**
MELANIA GONZALEZ GUERRA, COROMOTO DEL CARMEN
VALERÓN SANTANA, EVELYN MORENO MONZÓN, AITANA
GONZÁLEZ MONZÓN Y STEPHANIE LIARTE 77
- 19 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO PSICÓTICO**
EVELYN MORENO MONZÓN, MELANIA GONZALEZ GUERRA,
AITANA GONZÁLEZ MONZÓN, STEPHANIE LIARTE Y COROMOTO
DEL CARMEN VALERÓN SANTANA 81
- 20 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN: NECESIDADES Y CONSIDERACIONES GENERALES**
EVELYN MORENO MONZÓN, AITANA GONZÁLEZ MONZÓN,
STEPHANIE LIARTE, COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN
SANTANA Y MELANIA GONZALEZ GUERRA 85
- 21 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE REASIGNACIÓN DE GÉNERO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA**
AITANA GONZÁLEZ MONZÓN, EVELYN MORENO MONZÓN,
STEPHANIE LIARTE, COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN
SANTANA Y MELANIA GONZALEZ GUERRA 89

22	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA DISNEA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS AITANA GONZÁLEZ MONZÓN, COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA, MELANIA GONZALEZ GUERRA, EVELYN MORENO MONZÓN Y STEPHANIE LIARTE	93
23	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA STEPHANIE LIARTE, AITANA GONZÁLEZ MONZÓN, COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA, MELANIA GONZALEZ GUERRA Y EVELYN MORENO MONZÓN	97
24	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON VIH/SIDA COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA, EVELYN MORENO MONZÓN, AITANA GONZÁLEZ MONZÓN, STEPHANIE LIARTE Y MELANIA GONZALEZ GUERRA	101
25	ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNOS DEL SUEÑO COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA, STEPHANIE LIARTE, MELANIA GONZALEZ GUERRA, EVELYN MORENO MONZÓN Y AITANA GONZÁLEZ MONZÓN	105
26	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR ¿QUÉ CUIDADOS NECESITA? JUAN EMILIO NAVARRO ROGNONI, NATALIYA TYUKALOVA, IVAN POVEDA CANTERO, MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ Y YOLANDA MORENO PÉREZ	109
27	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DIAGNÓSTICO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA JUAN EMILIO NAVARRO ROGNONI, NATALIYA TYUKALOVA, IVAN POVEDA CANTERO, YOLANDA MORENO PÉREZ Y MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ	113

28 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO	
JUAN EMILIO NAVARRO ROGNONI, IVAN POVEDA CANTERO, MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ, YOLANDA MORENO PÉREZ Y NATALIYA TYUKALOVA	117
29 SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN: ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y DESNUTRICIÓN CERO	
LUISA IRIBARREN LOPEZ, MARIA SALVATIERRA SALVATIERRA, MARÍA ARANGUREN SESMA, AINHOA SOLA ONECA Y SILVIA RODRIGO GARCIA	121
30 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA	
MARTA MARTÍNEZ SÁNCHEZ, JUAN LUIS MARTÍNEZ CASTREJÓN, ALBERTO MENELI MANEL MAGUGA, DAVID VALENTÍN GARCÍA DE BLAS Y ANA BARRANCO RAMA	139
31 MANEJO DE LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES POR ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE TERMINAL	
MARTA MARTÍNEZ SÁNCHEZ, ALBERTO MENELI MANEL MAGUGA, DAVID VALENTÍN GARCÍA DE BLAS Y JUAN LUIS MARTÍNEZ CASTREJÓN	143
32 LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL CORDÓN UMBILICAL	
MARTA MARTÍNEZ SÁNCHEZ, JUAN LUIS MARTÍNEZ CASTREJÓN, ALBERTO MENELI MANEL MAGUGA, DAVID VALENTÍN GARCÍA DE BLAS Y ANA BARRANCO RAMA	149
33 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES UROSTOMIZADOS	
MARIA ELENA MORA MARTINEZ, JULIANA HORTELANO HORTELANO, CARMEN ROMERO NAHARRO, LLANOS LOPEZ MORA Y ELENA CANTÓ GARCÍA	153

34	TRATAMIENTO DE ÚLCERAS NEUROPÁTICAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MORA MARTINEZ, JULIANA HORTELANO HORTELANO, CARMEN ROMERO NAHARRO, LLANOS LOPEZ MORA Y ELENA CANTÓ GARCÍA	157
35	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HIPOTERMIA TERAPÉUTICA NEONATAL MARIA ELENA MORA MARTINEZ, JULIANA HORTELANO HORTELANO, CARMEN ROMERO NAHARRO, LLANOS LOPEZ MORA Y ELENA CANTÓ GARCÍA	161
36	RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y LA RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS MARÍA DEL PUERTO DILLANA FERNÁNDEZ, LIDIA FANDIÑO GOMEZ Y GLORIA MARÍN HERRANZ	165
37	RELACIÓN ENTRE LA DIABETES MELLITUS Y EL CÁNCER LUIS LARROY ALARCON, MIGUEL PÉREZ GARCÍA-CONSUEGRA, PAULA JIMÉNEZ GUIADO, VIOLETA SIMARRO MARTÍNEZ Y CRISTINA MIRANZO HIGUERAS	171
38	ACTUACIÓN ANTE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS CON PRODUCTOS DEL HOGAR ALBA GOMEZ DIAZ, ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR, ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO, JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN Y CARMEN RAMIREZ ROSILLO	175
39	REVISIÓN DE LA MPOX: EPIDEMIOLOGÍA, ASPECTOS CLÍNICOS, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN LUIS LARROY ALARCON, MIGUEL PÉREZ GARCÍA-CONSUEGRA, PAULA JIMÉNEZ GUIADO, VIOLETA SIMARRO MARTÍNEZ Y CRISTINA MIRANZO HIGUERAS	179

40 CONVULSIONES INFANTILES. DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PAUTAS BÁSICAS DE ACTUACIÓN	
ALBA GOMEZ DIAZ, ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR, ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO, JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN Y CARMEN RAMIREZ ROSILLO	183
41 PERFIL PSICOLÓGICO DE MENORES ACOSADOS. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE LA ENFERMERÍA	
ALBA GOMEZ DIAZ, ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR, ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO, JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN Y CARMEN RAMIREZ ROSILLO	189
42 REVISIÓN DEL SARAMPIÓN: EPIDEMIOLOGÍA, ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN	
LUIS LARROY ALARCON, MIGUEL PÉREZ GARCÍA-CONSUEGRA, PAULA JIMÉNEZ GUIADO, VIOLETA SIMARRO MARTÍNEZ Y CRISTINA MIRANZO HIGUERAS	197
43 EL INCONFORMISMO FEMENINO	
LAURA MARTIN ESTEBAN Y MARIA ARREAZA GARCÍA	203
44 SISTEMA PERSONALIZADO DE DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS	
LAURA MARTIN ESTEBAN Y MARIA ARREAZA GARCÍA	207
45 ERGONOMÍA Y TRASTORNOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS EN EL TRABAJO DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	
DAVID GÓMEZ PINTA, SILVIA PEÑA FERNÁNDEZ Y ALBA MARIA PINO LÓPEZ	211
46 CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EMBALAJES. CÓMO SE PREPARAN, USAN Y ESTERILIZAN ESTOS EMBALAJES POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA	
JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO, M ^a ÁNGELES FERNÁNDEZ, FRANCISCO DIAZ FALLAS, VANESSA PALACIOS LARA Y ANA PATRICIA GONZÁLEZ IBÁÑEZ	217

47 EL TCAE EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO, M ^a ÁNGELES FERNÁNDEZ, FRANCISCO DIAZ FALLAS, VANESSA PALACIOS LARA Y ANA PATRICIA GONZÁLEZ IBÁÑEZ	221
48 EL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL Y EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO, M ^a ÁNGELES FERNÁNDEZ, FRANCISCO DIAZ FALLAS, VANESSA PALACIOS LARA Y ANA PATRICIA GONZÁLEZ IBÁÑEZ	225
49 LA UNIDAD DEL SUEÑO DESDE LA VISIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANGEL JIMÉNEZ FERNÁNDEZ, DIANA FERNANDEZ BARRASA, MARIA JULIA MARTÍNEZ EXPOSITO, MONTSERRAT GÓMEZ VALERO Y MÓNICA ESPINAZO HERNÁNDEZ	229
50 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) COMO FIGURA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD: PRINCIPALES PROBLEMAS ALIMENTARIOS ANGEL JIMÉNEZ FERNÁNDEZ, DIANA FERNANDEZ BARRASA, MÓNICA ESPINAZO HERNÁNDEZ, MARIA JULIA MARTÍNEZ EXPOSITO Y MONTSERRAT GÓMEZ VALERO	235
51 LA UNIDAD ANTITABACO. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANGEL JIMÉNEZ FERNÁNDEZ, DIANA FERNANDEZ BARRASA, MONTSERRAT GÓMEZ VALERO, MÓNICA ESPINAZO HERNÁNDEZ Y MARIA JULIA MARTÍNEZ EXPOSITO	241
52 EL DOLOR Y CUIDADO DE LA CICATRIZ DESPUÉS DE UNA CESÁREA AROA REGUERO SUAREZ	245
53 UN DIAGNOSTICO CORRECTO EN LA ONICOMICOSIS ANDREA ALONSO FERNÁNDEZ	249
54 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE OSTOMIZADO ALEJANDRO GONZALEZ DE LA FUENTE	253

55	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON ALZHEIMER LETICIA MARTINEZ REY, IVÁN GÓMEZ SÁNCHEZ, MARÍA BELÉN QUESADA NAVARRO, ANA ISABEL QUERENCIAS MORENO Y LAURA PICAZO LÓPEZ	257
56	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO LETICIA MARTINEZ REY, IVÁN GÓMEZ SÁNCHEZ, MARÍA BELÉN QUESADA NAVARRO, ANA ISABEL QUERENCIAS MORENO Y LAURA PICAZO LÓPEZ	261
57	LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS LETICIA MARTINEZ REY, IVÁN GÓMEZ SÁNCHEZ, MARÍA BELÉN QUESADA NAVARRO, ANA ISABEL QUERENCIAS MORENO Y LAURA PICAZO LÓPEZ	265
58	LOS RIESGOS BIOLÓGICOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) LORENA ALCARAZ RODENAS, MARÍA LUISA GÓMEZ MARTÍNEZ, INES CRESPO GARCÍA, BERNARDINA ROMERO RÍOS Y ESTEFANIA BALLESTEROS CUERDA	269
59	EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LOS NEONATOS MILAGROS DAIMIEL CASTRO, ROCIO MORA MUÑOZ, BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO, LAURA PILAR MOLINA CAÑIZARES Y LOUBNA CHEIKH	273
60	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA TÉCNICA DEL SONDAJE VESICAL MILAGROS DAIMIEL CASTRO, ROCIO MORA MUÑOZ, LOUBNA CHEIKH, LAURA PILAR MOLINA CAÑIZARES Y BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO	279

61	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL MILAGROS DAIMIEL CASTRO, ROCIO MORA MUÑOZ, LOUBNA CHEIKH, BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO Y LAURA PILAR MOLINA CAÑIZARES	285
62	TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS BARBARA MUÑOZ GOMEZ	291
63	FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS VIRGINIA HONRADO VILLAR, GONZALO CHOCANO CASARRUBIOS, JUANA MARTIN-ALBO LARA, CARMEN MARIA LÓPEZ DE LA REINA CARRILLO Y VICENTA JIMENO GARCIA DE DIONISIO	295
64	FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE UCI PEDIÁTRICA VIRGINIA HONRADO VILLAR, GONZALO CHOCANO CASARRUBIOS, JUANA MARTIN-ALBO LARA, CARMEN MARIA LÓPEZ DE LA REINA CARRILLO Y VICENTA JIMENO GARCIA DE DIONISIO	299
65	FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS VIRGINIA HONRADO VILLAR, GONZALO CHOCANO CASARRUBIOS, JUANA MARTIN-ALBO LARA, CARMEN MARIA LÓPEZ DE LA REINA CARRILLO Y VICENTA JIMENO GARCIA DE DIONISIO	303
66	ÚLCERAS POR PRESIÓN. CRITERIOS DE ACTUACIÓN PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) RACHIDA HAYAD CHAIB Y YOLANDA OJEDA BORRAS	307
67	CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PARTO Y POSTPARTO RACHIDA HAYAD CHAIB Y YOLANDA OJEDA BORRAS	311

68 LA GRIPE Y SU VACUNACIÓN. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA BERNARDA JIMÉNEZ MAESO, LAURA REDONDO SANCHEZ Y SARA ROMERO DÍAZ-MAROTO	315
69 EL SECRETO PROFESIONAL Y LA CONFIDENCIALIDAD EN LA FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) INMACULADA LOPEZ GARCIA, ANGELICA RUANO ORTEGA, NATALIA RUBIO JIMÉNEZ, COSME DAMIÁN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y PAULA VICIOSO SÁNCHEZ	319
70 PREPARACIÓN Y USO DE LOS EMBALAJES EN ESTERILIZACIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA INMACULADA LOPEZ GARCIA, ANGELICA RUANO ORTEGA, NATALIA RUBIO JIMÉNEZ, COSME DAMIÁN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y PAULA VICIOSO SÁNCHEZ	323
71 LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS REALIZADA POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA INMACULADA LOPEZ GARCIA, ANGELICA RUANO ORTEGA, NATALIA RUBIO JIMÉNEZ, COSME DAMIÁN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y PAULA VICIOSO SÁNCHEZ	327
72 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS IMPORTANCIA DE LAS PULSERAS IDENTIFICATIVAS EN LOS PACIENTES MARIA YOLANDA CASTELLANOS RUF, SARA GALDÓN GARCÍA, MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA, MARIA ESTHER FUNCIA LARGO Y Mª NURIA GARCÍA FERNÁNDEZ	331
73 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIÓN CON LOS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA MARIA YOLANDA CASTELLANOS RUF, SARA GALDÓN GARCÍA, MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA, MARIA ESTHER FUNCIA LARGO Y Mª NURIA GARCÍA FERNÁNDEZ	335

74	CONSULTAS EXTERNAS DE UROLOGÍA Y LAS PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARIA YOLANDA CASTELLANOS RUF, SARA GALDÓN GARCÍA, MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA, MARIA ESTHER FUNCIA LARGO Y Mª NURIA GARCÍA FERNÁNDEZ	339
75	ANÁLISIS DE LA APARICIÓN DE ADICCIONES A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) GUILLERMO ROPERO FUERTES Y ANA BELEN ARAQUE ROMERO DE ÁVILA	343
76	LA DISFAGIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CARMEN ERNESTINA NOVALBOS MUELA, MARIA ISABEL FERNANDEZ MAYORAL, MARIA MONTARROSO TORRES, ANA BELEN PATÓN GÓMEZ Y PILAR BERMAL MORA	347
77	LA APLICACIÓN DEL COLIRIO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CARMEN ERNESTINA NOVALBOS MUELA, MARIA ISABEL FERNANDEZ MAYORAL, MARIA MONTARROSO TORRES, ANA BELEN PATÓN GÓMEZ Y PILAR BERMAL MORA	351
78	ACTITUD ANTE LA MUERTE DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CARMEN ERNESTINA NOVALBOS MUELA, MARIA ISABEL FERNANDEZ MAYORAL, MARIA MONTARROSO TORRES, ANA BELEN PATÓN GÓMEZ Y PILAR BERMAL MORA	355
79	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA MEDICINA TRANSFUSIONAL SARA ROMERO DÍAZ-MAROTO, BERNARDA JIMÉNEZ MAESO Y LAURA REDONDO SANCHEZ	361

80	LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE LA HIGIENE DEL CORDÓN UMBILICAL DEL RECIÉN NACIDO IVAN CAMACHO BURGOS, FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS Y ANA BELÉN SERRANO GARCÍA	365
81	EL ABUSO DEL ALCOHOL Y COMO AFECTA EN LOS ADOLESCENTES MARÍA CHOCANO SÁNCHEZ CRESPO	369
82	PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) ANDREA ALONSO FERNÁNDEZ	373
83	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE AL SARS-COV-2 LAURA REDONDO SANCHEZ, BERNARDA JIMÉNEZ MAESO Y SARA ROMERO DÍAZ-MAROTO	377
84	EL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO RAQUEL GARDE OJEDA	383
85	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: RESPIRACIÓN. HIPOXEMIA. HIPERCAPNIA. DETERMINACIÓN DE GASES EN SANGRE FERNANDA RAQUEL ARIAS ROMERO, M ÁNGELES DIAZ-MEDINO MURCIA, M PRADO SÁNCHEZ DÍAZ TOLEDO, M MERCEDES SANCHEZ CASADO Y ROCIO DEL POZO CABALLERO	387
86	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON LA HIGIENE DE LA PIEL DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS ANA BELÉN SERRANO GARCÍA, IVAN CAMACHO BURGOS Y FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS	391
87	CUIDADOS LA PACIENTE CON ANEMIA ANDREA ALONSO FERNÁNDEZ	395

- 88 EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)
EN EL ATRAGANTAMIENTO POR CUERPO EXTRAÑO
MARÍA LUISA GÓMEZ MARTÍNEZ, LORENA ALCARAZ RODENAS,
INES CRESPO GARCÍA, BERNARDINA ROMERO RÍOS Y ESTEFANIA
BALLESTEROS CUERDA 399
- 89 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (T.C.A.E.)
EN EL ÁMBITO SANITARIO: APLICACIÓN DE MEDICACIÓN POR
VÍA OFTALMOLOGICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
FERNANDA RAQUEL ARIAS ROMERO, M ÁNGELES DIAZ-MEDINO
MURCIA, M PRADO SÁNCHEZ DÍAZ TOLEDO, M MERCEDES
SANCHEZ CASADO Y ROCIO DEL POZO CABALLERO 403
- 90 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA
ENFERMEDAD DE LUPUS
LOLA SERRANO BELLOT, MARIA LLANOS ALFARO JAVEGA, NEREA
PÉREZ-CEJUELA MORENO, LUCÍA MORENO CANO Y ROSA MARÍA
GARRIDO REQUENA 407
- 91 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN
LOS CUIDADOS EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE
LOLA SERRANO BELLOT, MARIA LLANOS ALFARO JAVEGA, NEREA
PÉREZ-CEJUELA MORENO, LUCÍA MORENO CANO Y ROSA MARÍA
GARRIDO REQUENA 411
- 92 EL EQUIPO DE TÉCNICOS DE CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA
LOLA SERRANO BELLOT, MARIA LLANOS ALFARO JAVEGA, NEREA
PÉREZ-CEJUELA MORENO, LUCÍA MORENO CANO Y ROSA MARÍA
GARRIDO REQUENA 415
- 93 CUIDADOS DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA
UNIDAD DE PEDIATRÍA
FRANCISCA CUCHILLO MARTINEZ, MARÍA DEL PILAR SAIZ
CASTILLO, LUISINA ARCURI, PEDRO ENRIQUE MARTINEZ RUIZ Y
ANA MARIA GOMEZ BERNAL 419

- 94 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
FRANCISCA CUCHILLO MARTINEZ, PEDRO ENRIQUE MARTINEZ RUIZ, ANA MARIA GOMEZ BERNAL, LUISINA ARCURI Y MARÍA DEL PILAR SAIZ CASTILLO 423
- 95 **CONOCIMIENTOS DE LA PREPARACIÓN DE UNA COLONOSCOPIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
FRANCISCA CUCHILLO MARTINEZ, MARÍA DEL PILAR SAIZ CASTILLO, LUISINA ARCURI, ANA MARIA GOMEZ BERNAL Y PEDRO ENRIQUE MARTINEZ RUIZ 427
- 96 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (T.C.A.E.) EN EL ÁMBITO SANITARIO: EPISTAXIS POSTERIOR ESPONTÁNEA**
FERNANDA RAQUEL ARIAS ROMERO, M ÁNGELES DIAZ-MEDINO MURCIA, M PRADO SÁNCHEZ DÍAZ TOLEDO, M MERCEDES SANCHEZ CASADO Y ROCIO DEL POZO CABALLERO 431
- 97 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE EL AMORTAJAMIENTO DEL PACIENTE FALLECIDO**
FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS, ANA BELÉN SERRANO GARCÍA Y IVAN CAMACHO BURGOS 435
- 98 **QUEMADURAS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA HOSPITALIZACIÓN**
MARIA DE LOS LLANOS DÍAZ PÉREZ, ALMUDENA DÍAZ PÉREZ, NOELIA DÍAZ PÉREZ, MARIA JOSÉ VIZCAYA SÁNCHEZ Y AITANA ESPARCIA VIZCAYA 439
- 99 **ACTUACIÓN DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER**
MARIA DE LOS LLANOS DÍAZ PÉREZ, ALMUDENA DÍAZ PÉREZ, NOELIA DÍAZ PÉREZ, AITANA ESPARCIA VIZCAYA Y MARIA JOSÉ VIZCAYA SÁNCHEZ 443

100 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE PACIENTES CON ACCESOS VASCULARES PERIFÉRICOS	
MARIA DE LOS LLANOS DÍAZ PÉREZ, ALMUDENA DÍAZ PÉREZ, NOELIA DÍAZ PÉREZ, AITANA ESPARCIA VIZCAYA Y MARIA JOSÉ VIZCAYA SÁNCHEZ	447
101 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS	
VIRGINIA SANCHEZ GARCIA, ALICIA AVILEO VELASCO, ANA ISABEL DELGADO OCAÑA, CRISTINA SANCHEZ GARCIA Y MARIA SAGRARIO GONZALEZ VIDAL	451
102 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGÍA	
VIRGINIA SANCHEZ GARCIA, ALICIA AVILEO VELASCO, ANA ISABEL DELGADO OCAÑA, CRISTINA SANCHEZ GARCIA Y MARIA SAGRARIO GONZALEZ VIDAL	455
103 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE FALLECIDO	
VIRGINIA SANCHEZ GARCIA, ALICIA AVILEO VELASCO, ANA ISABEL DELGADO OCAÑA, CRISTINA SANCHEZ GARCIA Y MARIA SAGRARIO GONZALEZ VIDAL	459
104 LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN	
FRANCISCA CALERO CRESPO, ANTONIA PEINADO HERNANDEZ, ISABEL INIESTA LORENTE, SOLEDAD GARCÍA LÓPEZ Y MARIA DE LOS LLANOS PEREZ GIL	463

105 CUIDADOS Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRANCISCA CALERO CRESPO, ANTONIA PEINADO HERNANDEZ, ISABEL INIESTA LORENTE, SOLEDAD GARCÍA LÓPEZ Y MARIA DE LOS LLANOS PEREZ GIL	467
106 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL ALTA DEL PACIENTE FRANCISCA CALERO CRESPO, ANTONIA PEINADO HERNANDEZ, ISABEL INIESTA LORENTE, SOLEDAD GARCÍA LÓPEZ Y MARIA DE LOS LLANOS PEREZ GIL	471
107 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS LESIONES OCASIONADAS POR PRESIÓN MANTENIDA FRANCISCA MOLINA SÁNCHEZ, ENCARNACION CUENCA GONZÁLEZ, MARÍA PILAR LÓPEZ GARCIA, MONICA RUANO DOMENECH Y NEREA GARCÍA DE LA TORRE	475
108 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE UNA CAMA OCUPADA FRANCISCA MOLINA SÁNCHEZ, ENCARNACION CUENCA GONZÁLEZ, MARÍA PILAR LÓPEZ GARCIA, NEREA GARCÍA DE LA TORRE Y MONICA RUANO DOMENECH	479
109 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA FRANCISCA MOLINA SÁNCHEZ, MONICA RUANO DOMENECH, NEREA GARCÍA DE LA TORRE, MARÍA PILAR LÓPEZ GARCIA Y ENCARNACION CUENCA GONZÁLEZ	483
110 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA EN UNA RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD LOLI FERNANDEZ SOUTO	487

111	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA MARIA JOSE MORENO CALERO, LOURDES SOLSONA SAGRADO, INMACULADA CONCEPCION SANCHEZ CAMPAYO, MARÍA VIRTUDES GARRIDO NAVARRO Y MARGARITA VILLEGAS FERNÁNDEZ	491
112	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU LABOR EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA PEDRIÁTRICA MARIA JOSE MORENO CALERO, LOURDES SOLSONA SAGRADO, INMACULADA CONCEPCION SANCHEZ CAMPAYO, MARÍA VIRTUDES GARRIDO NAVARRO Y MARGARITA VILLEGAS FERNÁNDEZ	495
113	LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA LOURDES SOLSONA SAGRADO, MARIA JOSE MORENO CALERO, INMACULADA CONCEPCION SANCHEZ CAMPAYO, MARÍA VIRTUDES GARRIDO NAVARRO Y MARGARITA VILLEGAS FERNÁNDEZ	499
114	TRATO AL PACIENTE CON TRASTORNO DE ANSIEDAD TATIANA TABOADA LLANEZA Y BEGOÑA ARGÜELLES ALVAREZ	503
115	LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR RAQUEL PORTAS RIOS	507
116	EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO Y LA INTERVENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA MARIA BUSTELO LOBO	511
117	EL SÍNDROME DEL BURN OUT Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SUSANA MARTINEZ GONZALEZ	515
118	ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE LA ANSIEDAD EN MUJERES DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA TAMAR BLANCA SERRANO	519

119 ORTOPANTOMOGRAFIA Y EL TÉCNICO EN IMAGEN Y RADIODIAGNÓSTICO	
MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ, SANDRA JIMENEZ COLLADO, LAURA VEGA NOVILLO, ANTONIO MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ Y JARA CENDRERO SÁNCHEZ	525
120 ERRORES DE ACOGIDA AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA POR EL TÉCNICO EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO	
MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ, JARA CENDRERO SÁNCHEZ, ANTONIO MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, LAURA VEGA NOVILLO Y SANDRA JIMENEZ COLLADO	529
121 ECOCISTOGRAFÍA COMO PROCEDIMIENTO RADIODIAGNÓSTICO EN LOS REFLUJOS VESICoureTERALES Y EL TÉCNICO EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO	
MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ, SANDRA JIMENEZ COLLADO, LAURA VEGA NOVILLO, ANTONIO MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ Y JARA CENDRERO SÁNCHEZ	533
122 ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA CIRUGÍA MOHS	
LUCÍA RIVERA ENDRINAL, GEMMA PALENCIA LÓPEZ, MARTA AGUIRRE MORENO, BEATRIZ RIGOTE MORENO Y MARIA SANCHEZ-MONTAÑEZ BARBA	537
123 EL MÉTODO OSNA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA	
LUCÍA RIVERA ENDRINAL, GEMMA PALENCIA LÓPEZ, MARTA AGUIRRE MORENO, BEATRIZ RIGOTE MORENO Y MARIA SANCHEZ-MONTAÑEZ BARBA	541
124 EL PERSONAL DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EL CONTACTO CON XILOL	
LUCÍA RIVERA ENDRINAL, GEMMA PALENCIA LÓPEZ, MARTA AGUIRRE MORENO, BEATRIZ RIGOTE MORENO Y MARIA SANCHEZ-MONTAÑEZ BARBA	545
125 LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS: CONCEPTOS Y PROCEDIMIENTOS	
RAFAEL MARCOS FUENTES FERNÁNDEZ	549

- 126 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA EXPOSICIÓN A LOS FLUIDOS CORPORALES**
NOELIA UÑA BRAVO, MARIA DEL CARMEN MORA NARANJO,
MARIA FELISA PADIAL SANCHEZ, MARIA JOSE MORALES MARTIN
CONSUEGRA Y M ANGELES GONZÁLEZ GARCÍA MINGUILLAN 553
- 127 EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA MEDICINA PERSONALIZADA Y LAS TERAPIAS AVANZADAS**
NOELIA UÑA BRAVO, MARIA DEL CARMEN MORA NARANJO,
MARIA FELISA PADIAL SANCHEZ, MARIA JOSE MORALES MARTIN
CONSUEGRA Y M ANGELES GONZÁLEZ GARCÍA MINGUILLAN 557
- 128 EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA. DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA**
NOELIA UÑA BRAVO, MARIA DEL CARMEN MORA NARANJO,
MARIA FELISA PADIAL SANCHEZ, MARIA JOSE MORALES MARTIN
CONSUEGRA Y M ANGELES GONZÁLEZ GARCÍA MINGUILLAN 561
- 129 ESTUDIO DE SUELO PÉLVICO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA EN ALTA RESOLUCIÓN**
IÑIGO ROMERO MARCOS 567
- 130 TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO (TSID) Y LA RADIOLOGÍA PORTÁTIL**
MÓNICA SÁNCHEZ DÍAZ, VICTORIA PATÓN DÍAZ, MARIA DEL
CARMEN PARRA GALLEGU, YOLANDA NOGUERO FIMIA Y MONICA
RUANO DOMENECH 571
- 131 TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO Y LOS PACIENTES CON LESIONES DE PARTES BLANDAS ELENA ISABEL MORCILLO APARICIO**
MÓNICA SÁNCHEZ DÍAZ, VICTORIA PATÓN DÍAZ, MARIA DEL
CARMEN PARRA GALLEGU, YOLANDA NOGUERO FIMIA Y MONICA
RUANO DOMENECH 575

- 132 TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO Y LA ACTUACIÓN CON EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN LA SALA DE RADIOLOGÍA**
MÓNICA SÁNCHEZ DÍAZ, VICTORIA PATÓN DÍAZ, MARIA DEL CARMEN PARRA GALLEGO, YOLANDA NOGUERO FIMIA Y MONICA RUANO DOMENECH 579
- 133 CUIDADOS AL PACIENTE Y EMPATÍA POR EL TECNICO ESPECIALISTA EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
ADELAIDA ARANGO FLÓREZ 583
- 134 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO Y EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN ONCOLÓGICA**
MARTA COLLADOS PLAZA, JORGE SORIA HITADO Y PABLO SORIA HITADO 587
- 135 SERVICIO DE ENDOSCOPIAS. FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE DIGESTIVO DURANTE LAS GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS**
MARTA COLLADOS PLAZA, JORGE SORIA HITADO Y PABLO SORIA HITADO 591
- 136 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA. ACTUACIÓN DEL CELADOR CON LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS**
MARTA COLLADOS PLAZA, JORGE SORIA HITADO Y PABLO SORIA HITADO 595
- 137 DISCRIMINACIÓN A LA MUJER POR MATERNIDAD**
ARAMAR LÓPEZ CHAMORRO 599
- 138 EL ALZHEIMER Y EL CELADOR**
ISRAEL MUÑOZ RIVAS, ADRIÁN CASTILLO LÓPEZ, HELIODORO PECO SANCHEZ, JUAN DANIEL SANCHEZ PEÑA Y FRANCISCO JAVIER MOYANO 603
- 139 EL CELADOR FRENTE A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES**
ISRAEL MUÑOZ RIVAS, ADRIÁN CASTILLO LÓPEZ, HELIODORO PECO SANCHEZ, JUAN DANIEL SANCHEZ PEÑA Y FRANCISCO JAVIER MOYANO 607

140 EL CELADOR Y LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL ENTORNO SANITARIO	
ISRAEL MUÑOZ RIVAS, ADRIÁN CASTILLO LÓPEZ, HELIODORO PECO SANCHEZ, JUAN DANIEL SANCHEZ PEÑA Y FRANCISCO JAVIER MOYANO	611
141 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN RECURSOS HUMANOS (RRHH) EN LOS HOSPITALES	
TAMARA LOPEZ MARTIN, ALICIA GOMEZ GOMEZ, NATALIA ROPERO PERALES, MARIA DEL ROSARIO LIZAN DIAZ Y MARIA SOLEDAD DIAZ RODENAS	615
142 LESIONES SUFRIDAS POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN ÁMBITO SANITARIO	
TAMARA LOPEZ MARTIN, MARIA SOLEDAD DIAZ RODENAS, ALICIA GOMEZ GOMEZ, NATALIA ROPERO PERALES Y MARIA DEL ROSARIO LIZAN DIAZ	619
143 LOS ALMACENES DE LOS HOSPITALES Y LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
TAMARA LOPEZ MARTIN, MARIA SOLEDAD DIAZ RODENAS, ALICIA GOMEZ GOMEZ, NATALIA ROPERO PERALES Y MARIA DEL ROSARIO LIZAN DIAZ	623
144 PERSONAL DE CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LA IMPORTANCIA DEL CALZADO	
JAIME LOPEZ LOZANO, ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ, DAVID ABAD GONZÁLEZ, JUAN CANO PATERNA Y JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ	627
145 PERSONAL DE CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO EN LOS SISTEMAS DE CLIMATIZACIÓN Y AGUAS CALIENTES	
JAIME LOPEZ LOZANO, ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ, DAVID ABAD GONZÁLEZ, JUAN CANO PATERNA Y JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ	631

- 146 PERSONAL DE CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO Y EL RIESGO DE INCENDIO EN UN HOSPITAL**
JAIME LOPEZ LOZANO, ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ,
DAVID ABAD GONZÁLEZ, JUAN CANO PATERNA Y JUAN RAMON
NAVARRO GONZALEZ 635
- 147 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL**
ABEL JESUS CALIXTO RELUCIO, ALEJANDRA FERNÁNDEZ
NAVARRO, AMPARO SÁNCHEZ MORA, MARIA DEL MAR
LAFUENTE CAMPOS Y MARIA JOSÉ ARENAS DE LAMO 641
- 148 EL CELADOR CON LOS ENFERMOS ¿QUÉ POSICIONES SE USAN PARA LA EXPLORACIÓN?**
OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ, LUIS ANTONIO MARTÍNEZ RUIZ,
JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ, DAVID RODRÍGUEZ MOLINA
Y MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ 645
- 149 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO**
OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ, LUIS ANTONIO MARTÍNEZ RUIZ,
JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ, DAVID RODRÍGUEZ MOLINA
Y MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ 651
- 150 LOS CELADORES, SUS FUNCIONES Y EL SERVICIO DE RAYOS X**
ISMAEL GIL VALENTÍN, CRISTINA CAMUÑAS DOMÍNGUEZ,
ARTURO VALENTIN GARCIA, ÁNGEL TORREJÓN ALCALÁ Y
MATEO ARAQUE MOLINERO 655
- 151 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA FACTURACIÓN DE UN HOSPITAL**
GEMA MARIA FERNANDEZ LAZARO, MARÍA ISABEL RUIZ
IGUALADA, REBECA MARTINEZ CALVO, AMELIA GONZÁLEZ
VIECO Y ROSARIO SOLER BALLESTEROS 659

152 ACTUACIÓN E IMPORTANCIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UNA EMERGENCIA GEMA MARIA FERNANDEZ LAZARO, MARÍA ISABEL RUIZ IGUALADA, REBECA MARTINEZ CALVO, AMELIA GONZÁLEZ VIECO Y ROSARIO SOLER BALLESTEROS	663
153 AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA GEMA MARIA FERNANDEZ LAZARO, MARÍA ISABEL RUIZ IGUALADA, REBECA MARTINEZ CALVO, AMELIA GONZÁLEZ VIECO Y ROSARIO SOLER BALLESTEROS	667
154 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA ISMAEL GIL VALENTÍN, CRISTINA CAMUÑAS DOMÍNGUEZ, ARTURO VALENTIN GARCIA, ÁNGEL TORREJÓN ALCALÁ Y MATEO ARAQUE MOLINERO	671
155 FUNCIONES DEL PERSONAL CELADOR EN LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ, DAVID RODRÍGUEZ MOLINA, MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ, OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ Y LUIS ANTONIO MARTÍNEZ RUIZ	675
156 FUNCIONES DEL CELADOR EN URGENCIAS EN AMBITO HOSPITALARIO AMPARO SÁNCHEZ MORA, ALEJANDRA FERNÁNDEZ NAVARRO, ABEL JESUS CALIXTO RELUCIO, MARIA JOSÉ ARENAS DE LAMO Y MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS	679
157 LOS CELADORES, SUS FUNCIONES Y EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS ISMAEL GIL VALENTÍN, CRISTINA CAMUÑAS DOMÍNGUEZ, ARTURO VALENTIN GARCIA, ÁNGEL TORREJÓN ALCALÁ Y MATEO ARAQUE MOLINERO	683

158	FUNCIONES DEL CELADOR DE PLANTA EN TRASLADOS Y EMERGENCIAS 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	689
159	EL INGENIERO DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO: SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS. HIDRANTES GABRIEL MOLINA CUESTA, LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE, OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL Y ALBERTO AVIVAR ROZALÉN	693
160	EL ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CONTRATACIÓN DE PERSONAL DEL HOSPITAL NOELIA VILLALBA ALFARO, VALENTIN GOMEZ CALCERRADA VILLARREAL, MARÍA JOSÉ VILLANUEVA ROMERO, ROSA MARIA DE LA OSA MELERO Y MARÍA VIRTUDES ARRIBAS CERVANTES	697
161	CÓMO GESTIONAR EN SANIDAD A LOS SUJETOS NO ASEGURADOS POR EL PERSONAL ADMINISTRATIVO NOELIA VILLALBA ALFARO, VALENTIN GOMEZ CALCERRADA VILLARREAL, MARÍA JOSÉ VILLANUEVA ROMERO, ROSA MARIA DE LA OSA MELERO Y MARÍA VIRTUDES ARRIBAS CERVANTES	701
162	EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA SALUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y SU TRABAJO A TURNOS NOELIA VILLALBA ALFARO, VALENTIN GOMEZ CALCERRADA VILLARREAL, MARÍA JOSÉ VILLANUEVA ROMERO, ROSA MARIA DE LA OSA MELERO Y MARÍA VIRTUDES ARRIBAS CERVANTES	705
163	LA COMUNICACIÓN ASERTIVA EN LA SANIDAD ALBERTO MORENO MARFIL	709
164	EL CALEFACTOR SANITARIO EN EL SERVICIO DE LA LAVANDERIA DE UN HOSPITAL. FUNCIONAMIENTO Y CONTROLES DE MANTENIMIENTO OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL, LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE Y GABRIEL MOLINA CUESTA	713

- 165 EL CORREO NEUMÁTICO EXPLICADO POR EL MECÁNICO
SANITARIO EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO**
LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE, OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL,
ALONSO PINTOR OLIVARES, ANGEL MIGUEL PINTOR OLIVARES Y
ALBERTO AVIVAR ROZALÉN 719
- 166 TÉCNICAS DE LA SOLDADURA CON LLAMA. LABORES
REALIZADAS POR EL PERSONAL DE CALEFACTORES SANITARIOS**
ANGEL MIGUEL PINTOR OLIVARES, LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE,
GABRIEL MOLINA CUESTA Y OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL 723
- 167 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA LENCERÍA DEL HOSPITAL**
ANGELES SANCHEZ ALARCON, CARLOS LOPEZ GOMEZ, VIRGINIA
HONRADO VILLAR, CANDIDO CUERDA ROBLES Y DAVID LEON
VILLAR 727
- 168 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA RECOGIDA Y TRASLADO DE
RESIDUOS SANITARIOS**
ANGELES SANCHEZ ALARCON, CARLOS LOPEZ GOMEZ, VIRGINIA
HONRADO VILLAR, CANDIDO CUERDA ROBLES Y DAVID LEON
VILLAR 731
- 169 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE
HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA**
ANGELES SANCHEZ ALARCON, CARLOS LOPEZ GOMEZ, VIRGINIA
HONRADO VILLAR, CANDIDO CUERDA ROBLES Y DAVID LEON
VILLAR 735
- 170 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA
DE UN HOSPITAL**
BEATRIZ REDONDO NIETO, ALBERTO CANTADOR CECILIA, PABLO
ANTONIO MARIN MADRID, NURIA GARCÍA MONTESINO Y OSCAR
RODRIGUEZ GUTIERREZ 739
- 171 EL CELADOR Y SU COLABORACIÓN EN EL ASEO DEL PACIENTE
ENCAMADO**
EVA MORENO BASTANTE, MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE,
CARLOS JESUS ANDRADE MORENO, ISRAEL MARCHAN LAFUENTE
Y PAOLA ALMODÓVAR CARDENAS 743

172 EL PAPEL DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN RELACIÓN CON LAS INTOLERANCIAS ALIMENTICIAS SOLEDAD GARCÍA MAESTRE, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ, MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ, ÁNGELES ESTER SÁNCHEZ GARCÍA Y FERNANDO GARCÍA PEREZ-CEJUELA	747
173 LA IMPORTANCIA EN ROTACIÓN Y VARIEDAD DE ALIMENTOS OFRECIDOS EN EL MENÚ HOSPITALARIO POR EL PINCHE DE COCINA SOLEDAD GARCÍA MAESTRE, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ, MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ, ÁNGELES ESTER SÁNCHEZ GARCÍA Y FERNANDO GARCÍA PEREZ-CEJUELA	751
174 LA GESTIÓN DE ALÉRGENOS DE ORIGEN VEGETAL POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA SOLEDAD GARCÍA MAESTRE, JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ, MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ, ÁNGELES ESTER SÁNCHEZ GARCÍA Y FERNANDO GARCÍA PEREZ-CEJUELA	755
175 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA. FUNCIONES EVA MORENO BASTANTE, CARLOS JESUS ANDRADE MORENO, ISRAEL MARCHAN LAFUENTE, PAOLA ALMODÓVAR CARDENAS Y MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE	759
176 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA EVA MORENO BASTANTE, MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE, CARLOS JESUS ANDRADE MORENO, ISRAEL MARCHAN LAFUENTE Y PAOLA ALMODÓVAR CARDENAS	763
177 LA FIGURA DEL CELADOR Y LA VIGILANCIA DEL COMPORTAMIENTO DE LOS ENFERMOS Y DE LOS FAMILIARES MARIA JOSÉ ARENAS DE LAMO	767
178 LAS BUENAS PRÁCTICAS DE MANIPULACIÓN EN LA COCINA HOSPITALARIA Y EL PINCHE ANTONIO COLMENERO COLMENERO, KAROL FERNANDA TORRES OMEN, DOMINGO MARTÍN SANCHEZ, CONCEPCION CARRION CANDEL Y PABLO RUEDA DEBLAS	771

- 179 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA COCCIÓN AL VACÍO**
KAROL FERNANDA TORRES OMEN, DOMINGO MARTÍN SANCHEZ,
CONCEPCION CARRION CANDEL, PABLO RUEDA DEBLAS Y
ANTONIO COLMENERO COLMENERO 775
- 180 EL PINCHE DE COCINA Y LAS IMPORTANTES NORMAS
HIGIÉNICO-SANITARIAS QUE HAY QUE SEGUIR EN LAS COCINAS
HOSPITALARIAS**
KAROL FERNANDA TORRES OMEN, DOMINGO MARTÍN SANCHEZ,
CONCEPCION CARRION CANDEL, PABLO RUEDA DEBLAS Y
ANTONIO COLMENERO COLMENERO 779
- 181 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS TECNOLOGÍAS DE LA
INFORMACIÓN: SISTEMA OMI DE UN HOSPITAL**
MARIA TERESA FUENTES DOMÍNGUEZ, ALEJANDRO RODRIGUEZ
SANCHEZ, AURORA FERNÁNDEZ CASTILLEJO, KAROL FERNANDA
TORRES OMEN Y NEREA GARCÍA DE LA TORRE 783
- 182 LA LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE
FARMACIA Y SUMINISTROS**
MARIA TERESA FUENTES DOMÍNGUEZ, ALEJANDRO RODRIGUEZ
SANCHEZ, AURORA FERNÁNDEZ CASTILLEJO, NEREA GARCÍA DE
LA TORRE Y KAROL FERNANDA TORRES OMEN 787
- 183 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ARCHIVO HOSPITALARIO:
PROTECCIÓN DE DATOS**
MARIA TERESA FUENTES DOMÍNGUEZ, KAROL FERNANDA
TORRES OMEN, NEREA GARCÍA DE LA TORRE, AURORA
FERNÁNDEZ CASTILLEJO Y ALEJANDRO RODRIGUEZ SANCHEZ 791
- 184 EL CELADOR EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS. FUNCIONES
DE LA CATEGORÍA DEL PERSONAL SUBALTERNO**
JUAN JOSÉ PAZOS CARRASCO, ANA BELÉN RUEDA NAVARRO, JOSE
MANUEL PÉREZ MARÍN, DAVID LOBATO ARMARIO Y JAVIER
JORQUERA RUIZ 795

185 EL CELADOR Y EL PACIENTE PALIATIVO JUAN JOSÉ PAZOS CARRASCO, ANA BELÉN RUEDA NAVARRO, JOSE MANUEL PÉREZ MARÍN, DAVID LOBATO ARMARIO Y JAVIER JORQUERA RUIZ	799
186 EL CELADOR Y EL TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DE ENFERMOS DOMINGO MARTÍN SANCHEZ, MARÍA DEL PILAR HERNAN MENCHEN, CONCEPCION CARRION CANDEL, FELIX ALDUDO MINGUEZ Y MARÍA VICTORIA ABAD GARCÍA	803
187 EL CELADOR Y SU ASISTENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DOMINGO MARTÍN SANCHEZ, MARÍA DEL PILAR HERNAN MENCHEN, FELIX ALDUDO MINGUEZ, MARÍA VICTORIA ABAD GARCÍA Y CONCEPCION CARRION CANDEL	807
188 EL CELADOR ANTE EL PACIENTE CON OXIGENOTERAPIA. CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE OXIGENOTERAPIA JAVIER JORQUERA RUIZ, JUAN JOSÉ PAZOS CARRASCO, ANA BELÉN RUEDA NAVARRO, JOSE MANUEL PÉREZ MARÍN Y DAVID LOBATO ARMARIO	811
189 FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LA ZONA DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL MARÍA DEL PILAR HERNAN MENCHEN, DOMINGO MARTÍN SANCHEZ, MARÍA VICTORIA ABAD GARCÍA, FELIX ALDUDO MINGUEZ Y CONCEPCION CARRION CANDEL	815
190 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO LORENA CONSOLACIÓN BERNAL SIERRA	819
191 EL CELADOR EN EL AISLAMIENTO DE CONTACTO SERGIO CAMACHO CORDERO, SAMUEL RUIZ HERNÁNDEZ, DAVID BODAS GÓMEZ, JONATHAN SOLDADO HERVAS Y RAQUEL DÍAZ GALVEZ	823
192 EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS SERGIO CAMACHO CORDERO, SAMUEL RUIZ HERNÁNDEZ, DAVID BODAS GÓMEZ, JONATHAN SOLDADO HERVAS Y RAQUEL DÍAZ GALVEZ	827

193 LAS FUNCIONES DE LA FIGURA DEL CELADOR EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO SERGIO CAMACHO CORDERO, SAMUEL RUIZ HERNÁNDEZ, DAVID BODAS GÓMEZ, JONATHAN SOLDADO HERVAS Y RAQUEL DÍAZ GALVEZ	831
194 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA DOCUMENTAL A LOS PACIENTES EN LOS CENTROS DE SALUD BEATRIZ REDONDO NIETO, ALBERTO CANTADOR CECILIA, NURIA GARCÍA MONTESINO, PABLO ANTONIO MARIN MADRID Y OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ	835
195 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ADMISION DE URGENCIAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SUS FUNCIONES BEATRIZ REDONDO NIETO, NURIA GARCÍA MONTESINO, ALBERTO CANTADOR CECILIA, PABLO ANTONIO MARIN MADRID Y OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ	839
196 EL INGENIERO DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO: SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS, COLUMNA SECA ALBERTO AVIVAR ROZALÉN, GABRIEL MOLINA CUESTA, OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL Y LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE	843
197 REACCIÓN DEL CELADOR ANTE UNA SITUACIÓN DE ATENTADO EN LA INSTITUCIÓN SANITARIA RUBEN FERNANDEZ DEL MAZO	847
198 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y EL REGISTRO CIVIL POR NACIMIENTO DESDE EL HOSPITAL LIDIA SANCHEZ DIAZ	851
199 LA HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO ESTER CASTRO ALONSO	855

Capítulo 1

VÓLVULO DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN, NEUMATOSIS INTESTINAL Y PORTAL, PRUEBA DE IMAGEN COMO CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO

PAULA PEREZ NARANJO

1 Introducción

El vólvulo, en términos generales, se define como una torsión de una de las porciones del tracto gastrointestinal sobre sí misma, que dependiendo del grado de dicha torsión conlleva una obstrucción parcial o completa, para ello implica normalmente la presencia de un mesenterio largo y móvil.

En el caso que nos trata de los vólvulos de intestino delgado el mesenterio se torsiona y adquiere una forma de embudo que causa obstrucción en asa cerrada e isquemia intestinal asociada, que en casos avanzados se representa con signos tales como la neumatosis intestinal o gas portomesentérico.

Clínicamente cursan con dolor abdominal recurrente que se exagera con los alimentos, vómitos, diarrea, estreñimiento, malabsorción y síntomas obstructivos en el cuadro agudo.

La neumatosis intestinal es una condición médica rara, pero importante que se define como la presencia de gas en el interior de la pared del intestino delgado

o grueso pudiendo ser primario o secundario a enfermedades subyacentes que condicionan una alta mortalidad.

El gas portomesentérico consiste en la presencia de gas en el sistema portal asociada a una elevada mortalidad, debido a que la causa más frecuente de este hallazgo es la isquemia mesentérica (hasta en un 43% de los casos)

Presentamos el caso de una mujer de 87 años con cuadro de obstrucción intestinal por vólvulo en asa cerrada en ileon distal que condiciona signos de necrosis tales como la neumatosis intestinal y gas portal.

2 Objetivos

Describir un caso de obstrucción intestinal con signos de sufrimiento de asas secundaria a cuadro de vólvulo de intestino delgado donde destacamos la importancia de las pruebas de imagen para establecer el diagnóstico

3 Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente mujer de 87 años, pluripatológica, dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), hipertrigliceridemia, ictus en el año 2002 y aneurisma de aorta abdominal pendiente de intervención quirúrgica, entre otros. La paciente es trasladada en ambulancia por sus familiares al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado acompañado de náuseas y vómitos marronáceos, con fiebre termometrada de hasta 38° y bajo nivel de conciencia.

En la analítica de urgencias destacan cifras de PCR de 174,5 mg/dl (0,1-5 mg/dl), procalcitonina de 1,9 ng/ml (0,02-0,5 ng/ml), moderada leucocitosis de 16,589 l/ml y neutrofilia (89%), fundamentalmente.

Debido a la imposibilidad de llevar a cabo una exploración clínica adecuada por las condiciones físicas de la paciente y el empeoramiento clínico notorio que experimentó en urgencias se solicitó una Tomografía Computarizada (TC) de abdomen y pelvis con contraste intravenoso donde se evidencian signos de obstrucción intestinal con morfología en asas cerrada, localizado a nivel de mesogastrio, secundario a asa volvulada a nivel de ileon distal que condiciona una importante dilatación retrógrada de asas de delgado hasta esófado, con abundante contenido

líquido en su luz, que asociaba importantes signos de sufrimiento de asas, tales como neumatosis intestinal y marcada neumatosis portal.

Se le comunicó a los familiares el estado crítico de la paciente y fue trasladada a la sala de observación con colocación de una sonda nasogástrica (SNG) para evitar neumonía por aspiración así como medidas de confort, debido a que el servicio de cirugía de urgencias desestimó intervención emergente por lo avanzado cuadro clínico de la paciente.

La paciente falleció a las pocas horas en urgencias debido a su evolución tórpida sin realizar maniobras de reanimación dada la comorbilidad, antecedentes y situación clínica de la paciente.

4 Discusión-Conclusión

La neumatosis intestinal y la neumatosis portal, son una condición médica rara que se definen como la presencia de gas dentro de la pared del intestino delgado o grueso y la presencia de gas en el sistema portomesentérico, respectivamente. La localización más frecuente suele afectar a yeyuno e íleon y solo en el 6% de los casos afecta el colon.

La patogénesis de la neumatosis intestinal es poco conocida, y probablemente sea multifactorial, tratándose de un signo radiológico y no una enfermedad en sí. Puede ser incidental o indicar la presencia de una patología abdominal grave. Esta distinción se hace mediante la interpretación de la historia clínica, el examen físico, las pruebas de laboratorio y los datos radiográficos.

Esta condición generalmente ocurre en el marco de una enfermedad subyacente; sin embargo, la gravedad no se relaciona con la gravedad de dicha enfermedad.

La presencia de gas en la pared intestinal y en el interior del sistema portal clásicamente se asocia a una elevada mortalidad, debido a que la causa más frecuente de este hallazgo es la isquemia mesentérica, sin embargo, en la actualidad se sabe que este hallazgo puede estar ocasionado por una gran variedad de procesos no isquémicos, como la obstrucción intestinal, los traumatismos abdominales, procedimientos endoscópicos, la enfermedad inflamatoria intestinal, apendicitis, colangitis y diverticulitis, entre otros.

El curso clínico suele ser asintomático aunque puede presentar síntomas inespecíficos como dolor abdominal, diarrea, obstrucción intestinal, hematoquecia, falta

de apetito, tenesmo y peritonitis.

El diagnóstico se puede llevar a cabo a través de radiografía simple de abdomen que se caracteriza por la presencia de gas intramural que puede ser de apariencia lineal, curvilínea o circular, siendo en la actualidad la Tomografía Computarizada (TC) la prueba más utilizada debido a que presenta una alta sensibilidad para confirmar el diagnóstico, buscar una causa subyacente y permite además precisar la localización y extensión.

En conclusión creemos que este caso clínico es de vital importancia para que la comunidad médica tenga en consideración la importancia de enfatizar la realización de una evaluación clínica completa y concisa para poder llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento precoces que mejoran sustancialmente el pronóstico del paciente.

5 Bibliografía

1. Miratashi Yazdi SA, Chinisaz F, Mohammadi L, Najjari K, Zabihi Mahmoud-abadi H. Intestinal volvulus secondary to pneumatosis intestinalis: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2021 Nov;88:106515. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.106515. Epub 2021 Oct 19. PMID: 34695667; PMCID: PMC8554248.
2. Ho LM, Paulson EK, Thompson WM. Pneumatosis intestinalis in the adult: benign to life-threatening causes. *AJR Am J Roentgenol* 2007; 188(6):1604-13.

Capítulo 2

DISEMINACIÓN LEPTOMENINGEA EN TUMORES PEDIÁTRICOS

MARTA CORTES HERNANDEZ

MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ

SILVIA TORREJON ALMEIDA

1 Introducción

Los tumores del sistema nervioso central son los tumores sólidos mas frecuentes en Pediatría, que con frecuencia presentan diseminacion leptomeningea. Además, diferentes tumores sólidos extracraneales, como los rabdomiosarcomas o neuroblastomas, pueden presentar esta manifestación.

Ya sea en el momento de presentación de la enfermedad o en situación de recaída o progresión de la misma, debemos tener siempre en consideración qué tumores presentan con frecuencia esta localización, puesto que puede provocar un deterioro neurológico importante y rápido del paciente, cuyo manejo será distinto según nos encontremos en situación de enfermedad tratable/curable o si por el contrario, el paciente presenta signos o síntomas de diseminación leptomeningea en un contexto de enfermedad no curable o paliativa. En ambos casos, el confort del paciente y el control de las crisis convulsivas debe ser prioritario, priorizando el uso de esteroides a dosis altas, principalmente dexametasona, unido al tratamiento de la enfermedad de base en aquellos pacientes que presenten enfermedad curable/tratable VS farmacos anticomiciales o sedación paliativa, en aquellos pacientes en los que estos síntomas aparecen en un contexto paliativo o de progresión de enfermedad.

El tratamiento de estos cuadros, debe realizarse siempre en unidades de referencia con tratamiento multidisciplinar de diferentes especialistas pediátricos (Oncología Pediátrica, Cuidados Paliativos, Psicooncología).

2 Objetivos

Describir la diseminación leptomeningea como forma de presentación de tumores del sistema nervioso central o tumores extracraneales con diseminación a este nivel, especialmente rabdomiosarcomas de localización en cabeza y cuello o neuroblastomas.

3 Caso clínico

El caso clínico que se presenta, corresponde a un paciente varón de 15 años, con meduloblastoma en progresión clínica y radiológica, en seguimiento por Oncología y Cuidados Paliativos pediátricos, actualmente en tratamiento quimioterápico paliativo tras fallo de varias líneas terapéuticas.

Presenta cefalea tipo punzada intermitente, con dolor irruptivo intenso acompañado de vómitos que precisa administración de rescates con morfina y fentanilo oral.

En última prueba de neuroimagen realizada, presenta diseminación leptomeningea importante, así como aumento de tamaño de tumor de base conocido en fosa posterior y recidiva en área frontal anterior.

Ingresa en planta de hospitalización con estatus convulsivo que precisa control con levetiracetam, y perfusión de midazolam, con control de las crisis y adecuada sedación.

A las 8 horas del ingreso, presenta anisocoria pupilar sin reactividad a la luz, por lo que se adecúan las perfusiones a situación de final de vida acorde a la situación de la enfermedad de base, produciéndose el fallecimiento tras varias horas de sedación paliativa.

El segundo caso clínico presentado corresponde a una niña de 7 años, con rabdomiosarcoma de conducto auditivo derecho, en tratamiento con quimio y radioterapia y situación de respuesta completa de enfermedad. Inicia dolor intermitente en área mandibular izquierda que inicialmente se considera neuralgia del trigémino probablemente secundaria a radioterapia.

Presenta empeoramiento clínico con confirmación radiológica de recaída de enfermedad de base con diseminación leptomeningea, apareciendo a los pocos días crisis convulsivas de difícil control que precisan sedación paliativa con morfina y

midazolam en perfusión continua. Se produce el fallecimiento horas después del inicio de las convulsiones en relación con la diseminación leptomenígea originada por la progresión de enfermedad.

En ambos casos clínicos, desde que se confirma la diseminación leptomenígea hasta que aparecen síntomas refractarios, pasan escasos días/semanas, reflejando la gravedad e irreversibilidad de estos eventos en pacientes con cáncer

4 Discusión-Conclusión

Los tumores del sistema nervioso central son los tumores sólidos más frecuentes en Pediatría, que con frecuencia presentan diseminación leptomenígea. Además, diferentes tumores sólidos extracraneales, como los rabdomiosarcomas de localización en cabeza y cuello o neuroblastomas, pueden presentar esta manifestación

El tratamiento de estos cuadros, debe realizarse siempre en unidades de referencia con tratamiento multidisciplinar de diferentes especialistas pediátricos

Debe priorizarse siempre el control de síntomas del paciente, mediante fármacos anticonvulsivos y analgesia, así como terapia esteroidea.

El tratamiento dirigido a la enfermedad de base, deberá priorizarse en función del caso, puesto que a menudo los síntomas de una diseminación precipitan un deterioro neurológico rápido que provoca el fallecimiento del paciente en pocas horas.

5 Bibliografía

Grund, G.: Über die diffuse Ausbreitung von malignen Tumoren, insbesondere Gliosarkoma in den Leptomeningen. Dtsch Nervenheilk. 1906; 31: 283-312

Taillibert, S., Laigle-Donadey, F., Chodkiewicz, C., Sanson, M., Hoang-Xuan, K., Delattre, J.Y.: Leptomeningeal metastases from solid malignancy: a review. J Neurooncol. 2005; 75: 85-99.

Capítulo 3

VÓMITOS: NO SIEMPRE ES LO MÁS FRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

SILVIA TORREJON ALMEIDA

MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ

GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO

1 Introducción

Los vómitos constituyen un síntoma frecuente e inespecífico en urgencias pediátricas. Aunque en la mayoría de las ocasiones aparecen asociados a cuadros benignos, siendo las infecciones la causa más frecuente, no debemos olvidar que también pueden aparecer asociados a procesos más graves, por lo que es importante ser capaces de identificar estas situaciones, evitando así posibles complicaciones.

Por ello, es importante realizar una adecuada anamnesis, que recoja forma de aparición, duración y frecuencia, así como una exploración física completa que permita detectar otros signos asociados.

Entre causas poco frecuentes de vómitos incoercibles en la edad pediátrica se encuentra el síndrome de la arteria mesentérica superior, o síndrome de Wilkie.

Se trata de una enfermedad vascular provocada por la posición anómala de la arteria mesentérica superior que surge de la aorta abdominal con un ángulo más

pequeño del habitual ($<22^\circ$). Esto provoca compresión de las estructuras situadas entre la aorta y la arteria mesentérica superior, como el duodeno y la vena renal izquierda. Como consecuencia puede producir un amplio espectro de síntomas, entre los que se encuentran crisis agudas de dolor, suboclusiones intestinales y vómitos postprandiales.

Presentamos el caso de un paciente de 13 años que acude al servicio de Urgencias por cuadro de vómitos incoercibles, con diagnóstico final de síndrome de Wilkie.

2 Objetivos

Describir las características del síndrome de Wilkie o síndrome de la arteria mesentérica superior a través de la presentación de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente varón de 13 años que acude a Urgencias por cuadro súbito de 48 horas de evolución consistente en dolor abdominal epigástrico y vómitos biliosos abundantes y numerosos (20- 25 diarios). No refiere otros síntomas gastrointestinales, infecciosos, ni ambiente epidemiológico familiar.

No existían antecedentes familiares ni personales de interés.

A la exploración física presentaba signos de deshidratación leve y abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni organomegalias. El resto de la exploración fue normal.

Se administra tratamiento antiemético oral, sin lograr control de los síntomas, por lo que se decide reposo digestivo y rehidratación intravenosa.

Se decide completar estudio con pruebas complementarias, con analítica sanguínea que no mostró hallazgos significativos y estudios radiológicos iniciales mediante radiografía y tomografía computarizada (TC) de abdomen, que mostraron distensión gástrica correspondiente a estómago de retención y luz filiforme en píloro y primera porción duodenal, sin observarse causa obstructiva. Ante estos hallazgos, se decide colocación de sonda nasogástrica, con alivio inmediato de dolor abdominal (obteniendo 1700 ml de contenido bilioso oscuro).

Dada la intensidad del cuadro el paciente ingresa en planta donde permanece 17 días, presentando mejoría clínica progresiva. Es valorado por gastroenterología

que indica realización de tránsito esofagogastroduodenal donde se evidencia dilatación de cámara gástrica y compresión a nivel de la tercera porción duodenal por pinza aortomesentérica con evidencia de paso de líquido a duodeno distal, hallazgos característicos del síndrome de Wilkie o síndrome de la arteria mesentérica superior.

El paciente precisó dieta absoluta y posterior nutrición parenteral exclusiva durante dos días, con reintroducción progresiva de nutrición enteral, que tolera sin incidencias.

Tras resolución completa del cuadro, y reinicio de dieta enteral sin incidencias, el paciente fue dado de alta a domicilio.

4 Discusión-Conclusión

El síndrome de Wilkie es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta en edad pediátrica. Consiste en compresión de la tercera porción duodenal entre la arteria mesentérica superior y la aorta.

Un alto grado de sospecha y descartar otras causas de obstrucción intestinal alta son necesarias para el diagnóstico de esta patología, por lo que es importante conocerla. La mayoría de los enfermos presentan como factor predisponente pérdida de peso rápida e importante.

Lo destacable de este caso es su edad y la ausencia de factor predisponente. Como está descrito en la literatura, este paciente evolucionó bien con tratamiento médico, siendo poco frecuente tener que recurrir a tratamiento quirúrgico.

5 Bibliografía

1. Farina, R., Foti, P. V., Cocuzza, G., Costanzo, V., Costanzo, G., Conti, A., Torcitto, A., & Pennisi, M. (2017). Wilkie's syndrome. *Journal of Ultrasound*, 20(4), 339–342. <https://doi.org/10.1007/s40477-017-0257-2>.
2. Shields, T. M., & Lightdale, J. R. (2018). Vomiting in children. *Pediatrics in Review*, 39(7), 342–358. <https://doi.org/10.1542/pir.2017-0053>.

Capítulo 4

ENURESIS EN PEDIATRÍA

GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO

MARTA CORTES HERNANDEZ

SILVIA TORREJON ALMEIDA

MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ

1 Introducción

La enuresis es una condición que implica el no control de esfínteres presentando escapes de orina a edades en las que ya se debería haber conseguido el control pleno de esfínteres. Es relativamente frecuente, presentandose hasta el 15% de los mayores de 5 años. Existen dos tipos de enuresis, primaria (nunca se ha conseguido el control de esfínteres) y secundaria (si ha habido control de estos, al menos 6 meses). Cuando estos escapes se producen por la noche se denomina enuresis nocturna y es en la que más nos vamos a centrar. No suele requerir pruebas complementarias, pero si una anamnesis muy detallada así como una exploración física por aparatos que ayude a descartar causas orgánicas, como los trastornos neurológicos, el estreñimiento o incluso abusos sexuales. La enuresis nocturna aunque no es una condición peligrosa para quien la padece sí que puede ocasionar trastornos psicológicos y baja autoestima, ya que estos niños o jóvenes se ven altamente limitados para pasar noches fuera de su casa, de todo esto deriva la importancia de conseguir un adecuado tratamiento para conseguir el control de esfínteres. Lo primero es una terapia conductual basada en sistema de alarmas, lo cual se puede combinar con tratamientos farmacológicos, no del todo recomendados en el momento actual.

2 Objetivos

Realizar una revisión sistemática de la literatura sobre la enuresis para proporcionar a los pediatras u otros profesionales que puedan enfrentarse a estos pacientes las herramientas necesarias para su correcto abordaje.

3 Metodología

Revisión sistemática de la literatura seleccionando los artículos más novedosos y de interés sobre la enuresis primaria en la infancia. Se realizó una búsqueda usando las palabras "enuresis, primaria, nocturna, pediatría" en pubmed, uptodate y cochrane para realizar una actualización sobre el tema.

4 Resultados

La enuresis es la emisión involuntaria de la orina a edades en las que ya se debería haber producido el control de esfínteres. Esta puede producirse durante el día o durante la noche. Según se haya producido el control de esfínteres podemos hablar de enuresis primaria y secundaria. Hablamos de enuresis primaria cuando nunca se ha conseguido el control de esfínteres o no se ha hecho por periodos lo suficientemente largos y enuresis secundaria cuando tras un control de esfínteres de al menos seis meses se produce nuevamente esta incontinencia. La enuresis que aparece durante el sueño, que suele ser primaria, se denomina enuresis nocturna monosintomática (ENM). La mayoría de los consensos de expertos piensan que hasta los 5 años podemos considerar esta falta de control nocturno de los esfínteres, llegando a los 7 años según otros autores, puesto que hasta esa edad no interfiere de forma importante a nivel social del niño. La ENM es muy común, se sabe que hasta el 15% de los niños de 5 años se orinan de forma inconsciente durante la noche. Esta cifra va disminuyendo conforme van cumpliendo años hasta llegar a la adolescencia donde solo un 1% de la población la padece. Es importante una correcta anamnesis y hacer la distinción entre enuresis nocturna monosintomática (no precisa de exploraciones complementarias) y enuresis diurna o secundaria (en las que deberemos investigar causas subyacentes). Como siempre en medicina realizar una buena anamnesis es fundamental; preguntar sobre la frecuencia de los escapes de orina, si alguna vez ha controlado esfínteres, si es por la noche o por el día, si se queja de urgencia al miccionar, si presentar estreñimiento, si tiene problemas de desarrollo o psicológico a otros niveles. Tras

esto una exploración física detallada por apartados. Lo primero a descartar es alguna condición neurológica que cause este problema. Se debe observar la región lumbo-sacra en busca de hoyuelos, angiomas o mechones de pelo que puedan ser signos de disrafia oculta. Es importante explorar extremidades inferiores, comprobando que la fuerza y la sensibilidad está conservada y son normales, así como el reflejo bulbocavernoso. En la exploración abdominal también podremos detectar fecalomas y vejigas de gran tamaño. No debemos olvidar la exploración genital para detectar adherencias de labios, uréteres ectópicos o signos de abuso sexual.

Ahora nos centraremos en el tratamiento de la enuresis nocturna monosintomática. Esta patología será tratada por el pediatra colaborando estrechamente con la familia y con los niños. Lo primero será nunca culpabilizar al niño y realizar un tratamiento conductual simple. No hay que poner pañales y evitar las reprimendas cuando se moja la cama, sin embargo, si se puede hacer un calendario de días de cama seca para motivar al niño. También está descrito el tratamiento farmacológico, con desmopresina, la cual resulta bastante eficaz, sin embargo, existen muchas recaídas así que se debe usar en niños mayores y en situaciones que se requiera una noche sin escapes. Lo más habitual es emplear la técnica de la alarma que sonará y el niño debe colaborar levantándose solo o acompañado de un progenitor y realizar orina.

5 Discusión-Conclusión

La enuresis es una condición relativamente frecuente en la edad pediátrica y por ello es fundamental que todos aquellos que atendemos niños afectados de enuresis la conozcamos. Habitualmente no se precisan pruebas complementarias, pero sí una correcta anamnesis y exploración física para descartar patología orgánica. El tratamiento es conductual con recompensas para las noches sin escapes y con una alarma para que el niño pueda vaciar la vejiga a mitad de la noche y en contadas ocasiones el tratamiento farmacológico basado en la desmopresina (hormona antidiurética), que aunque se ha demostrado eficaz, tiene un alto riesgo de recaída al retirarse el mismo.

6 Bibliografía

1. Martínez García R, Mínguez Pérez M; Grupo Español de Urodinámica, SINUG. Propuestas de adaptación terminológica al español de la estandarización de la

terminología del tracto urinario inferior en niños y adolescentes de la ICCS. *Actas Urol Esp.* 2008;32:371-89.

2. Úbeda Sansano MI, Martínez García R, Díez Domingo J. Enuresis nocturna primaria monosintomática en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2005;7 Suppl 3:s7-s152.

3. Ramírez-Backhaus M, Martínez Agulló E, Arlándis Guzmán S, Gómez Pérez L, Delgado Oliva F, Martínez García R, et al. Prevalencia de la enuresis nocturna en la Comunidad Valenciana. Sección infantil del estudio nacional de incontinencia. Estudio EPICC. *Actas Urol Esp.* 2009;33:1011-8.

4. Yeung CK, Sreedhar B, Sihoe JD, Sit FK, Lau J. Differences in characteristics of nocturnal enuresis between children and adolescents: a critical appraisal from a large epidemiological study. *BJU Int.* 2006;97:1069-73.

Capítulo 5

PUNCIÓN LUMBAR EN PEDIATRÍA. REVISIÓN DE LA TECNICA Y PUESTA AL DÍA ENTRE LOS PEDIATRAS

MIGUEL ÁNGEL LENDÍNEZ RAMÍREZ

MARTA CORTES HERNANDEZ

GUIOMAR GUTIÉRREZ SCHIAFFINO

1 Introducción

En pediatría general se emplean pocas técnicas. La punción lumbar es sin duda la más frecuente y la técnica que todo pediatra debería saber realizar y estar familiarizado con ella. Se trata de una técnica mediante la cual obtenemos líquido cefaloraquídeo accediendo al espacio sub aracnoideo a nivel espinal utilizando par ello una aguja con distinto grosor.

En general es utilizada como prueba diagnóstica en el despistaje de infecciones del sistema nervioso central (encefalitis, meningitis) enfermedades de origen inmune inmunes, etc. Si bien puede utilizarse también con fines terapéuticos bien para la administración de fármacos por vía intratecal, especilamente en enfermedades oncológicas (leucemias, linfomas, tumores del sistema nervioso central), o bien punciones evacuadoras de líquido cefaloraquídeo (hipertensión intracraneal benigna sintomática).

Es una técnica no exenta de riesgos, que lo pediatras deben de conocer para tratar de minimizarlos. Como efecto de la punción puede aparecer con más frecuencia

cefalea postpunción o dolor local en el punto de inserción de la aguja. Otras complicaciones como sangrados intramedulares, hematomas, celulitis o neuropatía periférica transitoria son más raras.

Las contraindicaciones son relativas y se puede realizar en la mayoría de los casos de forma segura. Debemos de prestar atención a la cifra de plaquetas que tengan niveles razonables; a la zona de punción, exenta de anomalías anatómicas o de infección inflamación local y la presencia de lesiones en el sistema nervioso que puedan ser causantes de hipertensión intracraneal y no la tengamos controlada o tratada previamente.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es poner de relieve el estado de la técnica y su conocimiento entre los pediatras. Se pretende conocer si los pediatras de nuestro medio están actualizados con respecto de la técnica de la punción lumbar y la realizan de forma adecuada.

3 Metodología

Se llevó a cabo una encuesta mediante formularios online que fue enviada a pediatras en activo del entorno hospitalario.

Se realizaron 10 preguntas relativas a fin de conocer el perfil del profesional (edad, sexo, años de experiencia, años de trabajo, medio habitual de trabajo, nº de punciones realizadas en el último año).

Se realizaron otras 20 preguntas relativas a la técnica, preguntas tipo test con 4 opciones disponibles y con varias repuestas correctas, basadas en la evidencia actual.

4 Resultados

De los 560 correos enviados a pediatras de distintos centros de España, contestaron 478 pediatras. La mayoría de ellos (85%) del entorno hospitalario y un pequeño porcentaje de pediatras de atención primaria (15%), pero que hacían guardias en hospital. Un tercio de los encuestados eran residentes de pediatría de distinto año.

Entre los encuestados el nº de punciones medio al año era de 3,4 punciones. Si separamos por medio de trabajo, el porcentaje era superior en aquellos que se dedicaban exclusivamente a la neonatología (8,9 vs 1,4 punciones al año). Otro grupo particular con un número elevado de punciones eran los dedicados a la oncohematología pediátrica con una media de punciones de 14,5 en el último año.

De la encuesta se concluyó también que la mayoría (89%) utilizaba métodos de sedoanalgesia para el procedimiento, porcentaje menor entre los pediatras con dedicación exclusiva a la neonatología (60%).

En cuanto al procedimiento y medidas de esterilidad prácticamente todos (97%) los pediatras eran conocedores de la técnica actualizada y también de las medidas de asepsia adecuada (89%).

Se cuestionó qué materiales utilizaban para realizar la técnica, qué aguja se utiliza para según que escenarios. En un porcentaje alto (55%) lo desconocía; la aguja tipo palomilla que se utiliza tradicionalmente en neonatos, a penas era utilizada en niños de más edad (5) pero seguía utilizándose de forma habitual en neonatología (un 40% de los neonatólogos). La aguja utilizada con mayor frecuencia en todos los escenarios era la tipo Quincke con fiador.

En cuanto a la posición del paciente también encontramos diferencia entre los neonatólogos que en la mayoría de los casos la realizaban con el niño en sedestación (72%), mientras que en los niños de más edad lo habitual es realizarla en decúbito lateral (86%). Entre los lactantes menores de un año en el ámbito de urgencias también la sedestación era la preferida (69%).

Se preguntó también a cerca del lugar de punción y en la mayoría de los casos se respondió entre los espacios de las vértebras lumbares L3 y L4 o L4 y L5. Sin embargo un porcentaje no desdeñable (20%) lo hacía por encima de los espacios recomendados.

5 Discusión-Conclusión

Del estudio se puede concluir que la mayoría son conocedores de la técnica. Es una técnica segura, pero no está exenta de complicaciones.

Las medidas de sedoanalgesia en a nivel general son adecuadas, pero es mejorable entre aquellos pediatras dedicados a la neonatología. Se deberían utilizar de

forma generalizada anestesia tópica y sedoanalgesia sistémica, incluyendo medidas no farmacológicas, también en neonatos.

De igual forma las agujas utilizadas en niños mayores y en neonatología deberían ser las mismas (tipo Quincke con fiador), adaptando el calibre a la edad, peso y talla del menor.

En cuanto a la asepsia de la técnica el nivel de conocimiento y las medidas llevadas a cabo en este sentido eran las adecuadas de forma general entre los pediatras.

6 Bibliografía

1. Aleem S, Greenberg RG. When to Include a Lumbar Puncture in the Evaluation for Neonatal Sepsis. *Neoreviews*. 2019 Mar;20(3):e124-e134. doi: 10.1542/neo.20-3-e124. PMID: 31261050.
2. Mastrangelo M, Baglioni V. Management of Neurological Emergencies in Children: An Updated Overview. *Neuropediatrics*. 2021 Aug;52(4):242-251. doi: 10.1055/s-0041-1730936. Epub 2021 Jun 30. PMID: 34192789.
3. Stern J, Pozun A. Pediatric Procedural Sedation. 2023 Mar 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 34283466.

Capítulo 6

SÍNDROME DE OBSTRUCCION SINUSOIDAL, A TENER EN CUENTA TRAS TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

DANIEL MATEOS MILLÁN

MARÍA JOSÉ RIEGO RAMOS

CARMEN RIOS ARANDA

1 Introducción

El síndrome de obstrucción sinusoidal, también conocido como síndrome de veno-oclusión hepática, es una condición clínica poco frecuente caracterizada por la obstrucción de los pequeños vasos sanguíneos dentro del hígado, conocidos como sinusoides. Esta obstrucción puede deberse a diversas causas, como la trombosis de las venas hepáticas, la enfermedad veno-oclusiva hepática o la toxicidad por ciertos medicamentos o quimioterapia.

El síndrome de obstrucción sinusoidal se presenta con una variedad de síntomas y signos clínicos, que incluyen hepatomegalia (aumento del tamaño del hígado), dolor abdominal, ascitis (acumulación de líquido en el abdomen), ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos), alteraciones de la coagulación y síntomas de insuficiencia hepática. La gravedad de la enfermedad puede variar desde formas leves y autolimitadas hasta formas graves con insuficiencia hepática fulminante.

En este caso clínico, presentamos el caso de un paciente con síndrome de obstrucción sinusoidal, cuya presentación clínica inicial incluyó hepatomegalia, ictericia y alteraciones en los análisis de laboratorio relacionados con la función hepática. El paciente experimentó un rápido deterioro, desarrollando síntomas de insuficiencia hepática aguda y requiriendo un manejo intensivo en una unidad de cuidados intensivos.

El diagnóstico del síndrome de obstrucción sinusoidal se basa en una combinación de hallazgos clínicos, estudios de imágenes como la ecografía hepática y pruebas de función hepática. Además, en algunos casos, puede ser necesaria la realización de una biopsia hepática para confirmar el diagnóstico y determinar la causa subyacente de la obstrucción sinusoidal.

El tratamiento del síndrome de obstrucción sinusoidal está dirigido a abordar la causa subyacente de la obstrucción y proporcionar medidas de apoyo para prevenir la progresión de la insuficiencia hepática. En casos graves y refractarios al tratamiento conservador, puede considerarse el trasplante hepático como una opción terapéutica.

Defibrotide es un fármaco antitrombótico que se ha utilizado en el tratamiento de SOS, aunque su eficacia aún no está claramente establecida.

2 Objetivos

Dar conocer un caso de síndrome de obstrucción sinusoidal como causa de fallo hepático y las numerosas complicaciones graves que pueden ocurrir si se produce esta entidad.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 26 años de edad que fue diagnosticado de linfoma, tras ello recibió quimioterapia como parte de su tratamiento. El paciente, inicialmente en buen estado de salud, había experimentado síntomas inespecíficos como fatiga y pérdida de peso antes de su diagnóstico de linfoma.

Después de varias rondas de quimioterapia, el paciente comenzó a experimentar un empeoramiento de su estado general. Desarrolló hepatomegalia, ictericia y ascitis. Además, se observaron alteraciones en los análisis de laboratorio relacionados con la función hepática, como niveles elevados de enzimas hepáticas y deterioro de la coagulación.

Ante estos hallazgos clínicos, se sospechó la presencia de un síndrome de obstrucción sinusoidal. Se realizaron estudios de imágenes, incluida una ecografía

hepática que sugería el diagnóstico de síndrome de obstrucción sinusoidal. Con base a estos hallazgos, se confirmó el diagnóstico de síndrome de obstrucción sinusoidal en el contexto de la quimioterapia para el linfoma.

El paciente fue trasladado a una unidad de cuidados intensivos para un manejo más intensivo y multidisciplinario. Se implementó un tratamiento de soporte, que incluía la administración de diuréticos para controlar la ascitis y medidas para mejorar la función hepática y la coagulación. Además, se suspendió temporalmente la quimioterapia restante para permitir que el hígado se recuperara.

A pesar de las medidas de apoyo, el paciente continuó mostrando signos de insuficiencia hepática y empeoramiento clínico progresivo. Dado el fracaso del tratamiento conservador, se consideró el trasplante hepático como una opción terapéutica para el paciente.

El paciente fue evaluado por un equipo especializado en trasplante hepático y se incluyó en la lista de espera para recibir un hígado de un donante compatible. Después de un período de espera, se llevó a cabo el trasplante hepático con éxito. El paciente mostró una mejoría gradual después del trasplante, con resolución de los síntomas relacionados con el síndrome de obstrucción sinusoidal.

4 Discusión-Conclusión

En conclusión, el síndrome de obstrucción sinusoidal es una complicación grave que puede ocurrir en pacientes sometidos a quimioterapia. Es importante destacar la importancia del reconocimiento temprano de los signos y síntomas del síndrome de obstrucción sinusoidal en pacientes sometidos a quimioterapia. El diagnóstico precoz y la intervención oportuna pueden mejorar los resultados clínicos y evitar complicaciones graves. El caso presentado resalta la importancia de una vigilancia estrecha, el diagnóstico temprano y el manejo multidisciplinario de esta complicación. El trasplante hepático emerge como una opción terapéutica efectiva en casos graves y refractarios, permitiendo la recuperación y mejora de la función hepática en pacientes afectados por el síndrome de obstrucción sinusoidal.

5 Bibliografía

Carreras E, Diaz-Ricart M. The role of defibrotide in the treatment of veno-occlusive disease/sinusoidal obstruction syndrome. *Blood Coagul Fibrinolysis*. 2017 Nov;28(8):635-42.

Cao X, Lu D, Wang W, et al. The role of defibrotide in the treatment of sinusoidal obstruction syndrome/veno-occlusive disease: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Nov;97(47):e13207

Capítulo 7

DIARREA POR CRYPTOSPORIDIUM

CARMEN RIOS ARANDA

DANIEL MATEOS MILLÁN

MARÍA JOSÉ RIEGO RAMOS

1 Introducción

La Cryptosporidiosis es una enfermedad parasitaria que se transmite por vía fecal-oral, causada por el protozoo *Cryptosporidium*. Puede afectar tanto a animales como a seres humanos y se encuentra en todo el mundo. Es una causa importante de diarrea en pacientes inmunocompetentes e inmunocomprometidos, y puede ser especialmente grave en pacientes con VIH.

La diarrea por *Cryptosporidium* es una enfermedad gastrointestinal causada por el parásito *Cryptosporidium*. Esta infección es una de las principales causas de diarrea persistente en personas inmunocomprometidas, como aquellas con VIH/SIDA o que han recibido trasplantes de órganos. La diarrea por *Cryptosporidium* se caracteriza por la presencia de diarrea acuosa, cólicos abdominales, fiebre, dolor abdominal, astenia y, en casos graves, deshidratación. Es un tipo de patología poco prevalente que en muchas ocasiones puede ser difícil de diagnosticar, hay que tenerla presente sobre todo en pacientes que tengan inmunodeficiencias ya sean adquiridas o congénitas y además asocien diarrea.

El tratamiento de la diarrea por *Cryptosporidium* generalmente se basa en medidas de apoyo, como la rehidratación oral o intravenosa para prevenir la deshidratación y el equilibrio electrolítico. Sin embargo, en pacientes con sistemas inmunológicos debilitados, como aquellos que han recibido un trasplante hepático,

el tratamiento puede ser más desafiante debido a la respuesta inmune comprometida.

A continuación, se presenta el caso de un paciente con diarrea por *Cryptosporidium* y su tratamiento con buena respuesta.

2 Objetivos

Este caso clínico está diseñado para dar a conocer e ilustrar la presentación clínica de la cryptosporidiosis y la respuesta al tratamiento en un paciente inmunocompetente.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 30 años de edad, inmunocompetente, que acudió a urgencias por presentar diarrea persistente. El paciente informó que los síntomas habían comenzado hace aproximadamente dos semanas, con deposiciones frecuentes y acuosas, acompañadas de malestar abdominal y debilidad generalizada. Ante la persistencia de los síntomas, decidió buscar atención médica.

En la evaluación inicial en urgencias, se tomaron muestras de heces para su análisis y se realizaron pruebas de laboratorio. Los resultados revelaron la presencia del parásito *Cryptosporidium* en las muestras fecales, lo cual confirmó el diagnóstico de criptosporidiosis. Se procedió a iniciar un tratamiento sintomático, centrado en la rehidratación oral y el control de la diarrea.

A pesar del tratamiento inicial, la diarrea persistió y el paciente continuó experimentando malestar abdominal y debilidad progresiva. Se decidió hospitalizar al paciente para un manejo más intensivo. Durante su estadía, se realizaron estudios adicionales, como pruebas de imagen y análisis sanguíneos, para evaluar el grado de compromiso y buscar complicaciones asociadas.

El paciente fue evaluado por un equipo multidisciplinario, que incluía especialistas en enfermedades infecciosas y gastroenterología. Se determinó que, debido a la persistencia de los síntomas y la presencia de complicaciones, como la deshidratación y la pérdida de peso, se requería un tratamiento más agresivo. Se inició un régimen de medicamentos antiparasitarios específicos para la criptosporidiosis, con el objetivo de erradicar la infección.

A lo largo del tratamiento, el paciente mostró una mejoría gradual. La diarrea disminuyó en frecuencia e intensidad, y los síntomas abdominales fueron remi-

tiendo progresivamente. Se realizó un seguimiento estrecho del paciente, con análisis de heces regulares para monitorear la respuesta al tratamiento.

Después de un período de tratamiento adecuado, se confirmó mediante pruebas de laboratorio que el paciente se había recuperado completamente de la cryptosporidiosis. Se proporcionaron recomendaciones para mantener una higiene adecuada y prevenir futuras infecciones parasitarias.

4 Discusión-Conclusión

La cryptosporidiosis puede ser causa de diarrea, hay que pensar en ello sobre todo cuando no encontramos otras causas aparentes más frecuentes. El diagnóstico se realiza mediante la identificación del parásito en las heces mediante técnicas específicas. Los síntomas son inespecíficos como en muchas otras entidades, pero la diarrea es el síntoma predominante. El tratamiento recomendado en casos más graves es con antiparasitario específico en pacientes inmunocompetentes. En pacientes inmunocomprometidos puede ser necesario un tratamiento prolongado o el uso de terapias combinadas.

En conclusión, es importante considerar la cryptosporidiosis en el diagnóstico diferencial de la diarrea aguda en pacientes inmunocompetentes, especialmente en aquellos que han estado en contacto con animales o han viajado a áreas endémicas.

5 Bibliografía

1. Rossignol JF. Cryptosporidium and Giardia: treatment options and prospects for new drugs. *Exp Parasitol*. 2010;124(1):45-53. doi:10.1016/j.exppara.2009.03.002
2. McHardy IH, Wu M, Shimizu-Cohen R, et al. Detection of intestinal protozoa in the clinical laboratory. *J Clin Microbiol*. 2014;52(3):712-720. doi:10.1128/JCM.03117-13

Capítulo 8

SÍNDROME DE LEMMEL, CAUSA DE ICTERICIA INTERMITENTE INFRECUENTE

MARÍA JOSÉ RIEGO RAMOS

CARMEN RIOS ARANDA

DANIEL MATEOS MILLÁN

1 Introducción

El síndrome de Lemmel es una patología poco frecuente que puede cursar con ictericia intermitente, siendo su diagnóstico un reto para los médicos. Se caracteriza por la compresión del colédoco a nivel de la cabeza del páncreas, lo que provoca obstrucción en la salida de la bilis y, en consecuencia, ictericia. Presentaremos un caso clínico de un paciente que ingresó en urgencias en varias ocasiones por ictericia intermitente y que finalmente se le diagnosticó el síndrome de Lemmel.

Para confirmar el diagnóstico, se puede realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) que muestre las alteraciones en la vía biliar. Se pueden tomar medidas para aliviar la obstrucción biliar, como la inserción de un stent endoscópico en el conducto biliar para restaurar el flujo adecuado de la bilis.

El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen y se suele confirmar por CPRE. El tratamiento consiste en la colocación de un stent endoscópico para aliviar la obstrucción biliar.

El síndrome de Lemmel es una entidad clínica poco común y su diagnóstico puede ser desafiante debido a la similitud de los síntomas con otras enfermedades biliares. Un enfoque multidisciplinario que involucre a gastroenterólogos, cirujanos y radiólogos es fundamental para establecer un diagnóstico preciso y ofrecer el tratamiento adecuado.

2 Objetivos

Presentar un caso clínico de síndrome de Lemmel, con el objetivo de resaltar la importancia del diagnóstico diferencial en casos de ictericia intermitente.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 65 años de edad que acudió al servicio de urgencias debido a ictericia progresiva y malestar general. El paciente informó que la ictericia había aparecido hace aproximadamente dos semanas y se había vuelto más intensa en los últimos días. Además, también experimentaba fatiga y pérdida de apetito.

Durante el examen físico, se observó ictericia en la piel y las mucosas, así como sensibilidad en el cuadrante superior derecho del abdomen. Se realizaron pruebas de laboratorio que revelaron niveles elevados de bilirrubina directa y enzimas hepáticas. Estos hallazgos sugirieron una obstrucción del flujo biliar.

Para determinar la causa de la obstrucción biliar, se realizó una ecografía abdominal que mostró una hernia de la vaina del conducto hepático común. La hernia de la vaina estaba comprimiendo el conducto biliar y provocando la obstrucción. Se decidió realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para confirmar el diagnóstico y evaluar la extensión de la obstrucción.

Durante la CPRE, se observó la compresión extrínseca del conducto biliar común debido a la hernia de la vaina, lo cual confirmó el diagnóstico de síndrome de Lemmel. Para aliviar la obstrucción biliar y restaurar el flujo adecuado de la bilis, se colocó un stent endoscópico en el conducto biliar mediante CPRE.

Tras el procedimiento, el paciente experimentó una mejoría significativa de la ictericia y los síntomas relacionados. Se realizaron seguimientos periódicos para evaluar la función hepática y la posición del stent, y se proporcionó al paciente educación sobre la importancia de la dieta y el seguimiento médico continuo.

El síndrome de Lemmel es una afección poco común en la que una hernia de la vaina del conducto hepático común comprime el conducto biliar y provoca

obstrucción. El diagnóstico preciso y el manejo adecuado requieren un enfoque multidisciplinario que involucre a gastroenterólogos, cirujanos y radiólogos.

4 Discusión-Conclusión

El síndrome de Lemmel es una patología poco frecuente, pero su diagnóstico es importante en el contexto de pacientes con ictericia intermitente. En la mayoría de los casos, se trata de una complicación de una pancreatitis crónica o de una lesión pancreática benigna. El diagnóstico diferencial debe incluir causas más frecuentes de ictericia intermitente, como la litiasis biliar y los tumores de cabeza de páncreas. La CPRE es útil para establecer el diagnóstico y también para realizar tratamientos, y la cirugía es la forma de tratamiento definitivo. El pronóstico suele ser bueno después de la intervención quirúrgica, como se han observado en otros casos.

5 Bibliografía

1. Kalaitzakis, E., & Björnsson, E. (2007). Aetiology and diagnostic work-up of cholangiocarcinoma. *Digestive diseases*, 25(2), 126-131.
2. López-Delgado, P., Garijo-Castro, J., & Navarro-López, F. (2015). Acute cholangitis. *Medicine*, 11(81), 4711-4718.
3. Luvira, V., & Siripongsakun, S. (2016). Acute cholangitis: a review. *Thai Journal of Gastroenterology*, 17(1), 1-8.
4. Serrano, J., Serrano, M. A., & Grande, L. (2010). Colangitis aguda. *Medicine*, 10(6), 348-354.

Capítulo 9

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA DIABETES GESTACIONAL

ANA SANJUAN CONDE

ALBERTO CHAPELA ANTEPAZO

ISABEL CABALLERO MARTINEZ

CRISTINA ANDRÉS ALCOCEBA

ELSA LECUMBERRI MARTÍNEZ

1 Introducción

Para poder entender la diabetes mellitus gestacional (DMG) es importante saber el papel que desempeña la insulina en nuestro cuerpo. La insulina es imprescindible para dar energía al organismo, su función más importante es que la glucosa vaya de la sangre a las células.¹ Sin ella nos encontraríamos en un estado de hiperglucemia. Una dieta con alto contenido en azúcar puede hacer que nuestro cuerpo no reaccione de la misma manera a la insulina, perdiendo esta su eficacia.

Cuando una diabetes aparece por primera vez en el embarazo se considera que es una DMG. La característica principal de esta patología es la resistencia a la insulina. El porcentaje de embarazos con DMG en nuestra población es del 8.8%.² La definición se aplica independientemente del tratamiento, tanto si se usa insulina o se modifica la dieta, y de la persistencia después del embarazo.³ El

embarazo es un proceso fisiológico en el cual nos encontramos en un estado diabetogénico. En este tiempo, gracias a la placenta, crecen los valores del lactógeno placentario, cortisol, estrógenos y progesterona. Este aumento hormonal, hace que se reduzca la eficacia de la insulina, asegurando los niveles adecuados de glucosa y otros nutrientes para el bebé. La mayoría de las gestantes que sufran este tipo de diabetes verán que esta desaparece poco después del parto. Sin embargo, se les recomienda realizar pruebas después del nacimiento del bebé, ya que pueden desarrollar diabetes tipo 2.¹

Para detectar la DMG en nuestro país, se hace un test de cribado. Es la famosa prueba de O'Sullivan, se administra un brebaje con un alto contenido en azúcar y se mide el azúcar en sangre a la media hora de tomarlo. Durante las semanas 24-28 de gestación es el momento de mayor resistencia a la insulina. Es por esto por lo que este test se realiza en estas semanas. A veces se puede hacer en las primeras doce semanas si se cree que hay factores de riesgo.³ Para llegar al diagnóstico tras un O'Sullivan positivo, los parámetros asociados a la DMG serían: glucemia en ayunas >105 mg/dL dos o más veces, o bien, 2 o más valores alterados de la prueba de sobrecarga oral de glucosa de 100 gramos. ⁴ En general, los objetivos de control glucémico para las personas con diabetes gestacional son: preprandial ≤ 95 mg/dL, una hora después de la comida ≤ 140 mg/dL o dos horas después de la comida ≤ 120 mg/dL. ¹

Debido a esta patología encontramos varias complicaciones, se pueden diferenciar en maternas y fetales. Las maternas se caracterizan por mayores probabilidades de presentar: preeclampsia, polihidramnios, cesárea y un parto pretérmino. Para los recién nacidos, los posibles problemas incluyen: macrosomía, la presencia de hipoglucemia después del nacimiento, distrés respiratorio e ictericia. ^{1,5}

2 Objetivos

- Saber cuál es el funcionamiento de esta patología.
- Valorar y prevenir los riesgos que se pueden derivar de la DMG en nuestra población.
- Saber que métodos diagnósticos disponemos en nuestro medio y como y cuando usarlos.
- Recalcar la importancia y necesidad de realizar una buena promoción de la salud en estos casos.
- Valorar el papel de la matrona en la disminución de complicaciones asociadas a la diabetes.

3 Metodología

Para la redacción de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos: PUBMED, Cochrane y Google académico. Intentando que la mayoría de los mismos sean estudios de menos de 10 años de antigüedad, prospectivos y randomizados. Aunque no se ha conseguido que la totalidad de la bibliografía reúna estas características, si lo cumple en su mayoría.

4 Resultados

Un estado mayormente hiperglucémico, implica aumentar los riesgos para la salud de la mujer y en este caso también del feto. Lo que queremos es controlar los niveles de azúcar en sangre. Estabilizarlos para así reducir el número de complicaciones asociadas a esta patología. ¿Cómo lo podemos conseguir? Estudios recientes, evaluando a pacientes con diabetes gestacional, destacan que se puede conseguir la normo glucemia periparto sin necesidad de usar la insulina.⁶ Además se conoce que, normalmente, las mujeres embarazadas, cuidan mejor su salud y son más receptivas a realizar cambios en su estilo de vida.

Se ha demostrado que la práctica regular de actividad física de intensidad moderada durante el embarazo no tiene ningún riesgo para la salud de la gestante ni del feto. Estos cambios de estilo de vida tienen un efecto positivo durante el embarazo y el puerperio tanto en la madre como en el recién nacido. Para disminuir la ganancia ponderal de las gestantes y reducir el riesgo de diabetes, preeclampsia e hipertensión se debe recomendar una actividad física moderada y regular durante la duración del embarazo. Uno de los factores que influye en la adherencia a una rutina de ejercicios es la insistencia de los trabajadores de la salud. El personal sanitario que se encarga del seguimiento del embarazo debe proporcionar información sobre los beneficios de la actividad física y, adaptar esta actividad a la gestante de manera individualizada. Es importante conseguir que las gestantes tengan un estilo de vida saludable y cambien sus malos hábitos. Cabe destacar que, a pesar de encontrarnos con aspectos a mejorar, la atención a las mujeres con diabetes gestacional puede ser considerada como suficiente.^{7,8,9}

Otro factor clave para el control de la diabetes es la dieta. Los carbohidratos son el principal nutriente que afecta la glucosa en sangre después de las comidas. El índice glucémico nos indica la capacidad de los alimentos para elevar los niveles de glucosa. Algunas dietas, por ejemplo, aquellas con alimentos bajos en fibra y con alto índice glucémico, pueden aumentar el riesgo de desarrollar diabetes. A pesar de la escasa evidencia, se ha sugerido que las intervenciones

de asesoramiento dietético durante el embarazo pueden ayudar a prevenir que las mujeres desarrollen diabetes. Las intervenciones dietéticas pueden incorporar diversos consejos, con el objetivo de prevenir la hiperglucemia materna. Sin embargo, esto no debería guiar todas nuestras actuaciones ya que la evidencia actual es limitada por el escaso número de ensayos clínicos. 10,11

También hay que saber que no siempre se puede controlar la diabetes con dieta y ejercicio. Usar la insulina como tratamiento es necesario cuando con el resto de actuaciones no se consiguen cifras de glucemia adecuadas en unas dos semanas. El tratamiento que se considera seguro en el embarazo son los análogos de insulina de acción rápida, ya que tienen menos episodios de hipoglucemia y mejor control de la glucemia posprandial. En combinación con la insulina de acción rápida se usa la NPH. Lo ideal sería comenzar el tratamiento con las dosis mínimas e ir incrementándolas si no se consigue un buen control glucémico. Algunos estudios han demostrado que el tratamiento con insulina se asocia a la disminución de las complicaciones neonatales^{12,13}

5 Discusión-Conclusión

Pese a realizar una búsqueda exhaustiva de la bibliografía existente nos encontramos con una evidencia muy pobre en relación a este tema. Por tanto, es necesario, fomentar que tanto los profesionales sanitarios realicen estudios clínicos sobre este tema, como las mujeres participen en ellos.

En España el control del embarazo lo realiza la enfermería especialista en obstetricia y ginecología junto con el obstetra. Es nuestro deber estar actualizadas en una patología que está presente en nuestra sociedad.

Podemos concluir que debemos realizar planes individualizados y recomendaciones basadas en la evidencia. Es imprescindible que además del control de la glucemia nos aseguremos de una nutrición adecuada tanto para la madre como para el feto.

6 Bibliografía

1. Diabetes gestacional. Organization of Teratology Information Specialists; 2021.
2. Guillén-Sacoto MA, Barquiel B, Hillman N, Burgos MÁ, Herranz L. Diabetes mellitus gestacional: control glucémico durante el embarazo y su relación con los resultados neonatales en embarazos gemelares y de feto único. Endocrinol

- Diabetes Nutr [Internet]. 2018; 65(6):319–27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29685731/>
3. Rojas-Carrera S, Márquez-Celedonio F, Lagunes-Mijangos, Adrián, González-Arriola Víctor Manuel. Precisión diagnóstica de la prueba de O'Sullivan en diabetes gestacional. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2013;51(3):336–9.
 4. Scucces M. Diabetes y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2011;71(1):3–12. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000100002&lng=es&nrm=iso.
 5. Tieu J, McPhee AJ, Crowther CA, Middleton P, Shepherd E. Screening for gestational diabetes mellitus based on different risk profiles and settings for improving maternal and infant health. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017;8(8):CD007222. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007222.pub4>
 6. Flores Le-Roux JA, Benaiges Boix D, Pedro-Botet J. Diabetes mellitus gestacional: importancia del control glucémico intraparto. *Clin Investig Arterioscler* [Internet]. 2013;25(4):175–81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2012.10.002>
 7. Muñoz Muñoz A, Gómez-Cantarino S, De Dios Aguado M de las M, Velasco Abellán M, González López B, Molina Gallego B, et al. Nutritional habits and levels of physical activity during pregnancy, birth and the postpartum period of women in Toledo (Spain): study protocol for a two-year prospective cohort study (the PrePaN study). *BMJ Open* [Internet]. 2019;9(7):e029487. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029487>
 8. Gallo-Galán LM, Gallo-Vallejo MA, Gallo-Vallejo JL. Ejercicio físico y embarazo. *Medicina basada en la evidencia (MBE). Semergen* [Internet]. 2022;48(6):423–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2022.02.008>
 9. Rubio JA, Ontañón M, Perea V, Megia A. Asistencia sanitaria de la mujer gestante con diabetes en España: aproximación usando un cuestionario. *Endocrinol Nutr* [Internet]. 2016;63(3):113–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2015.11.005>
 10. Tieu J, Shepherd E, Middleton P, Crowther CA. Dietary advice interventions in pregnancy for preventing gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017;1(1):CD006674. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006674.pub3>
 11. Han S, Middleton P, Shepherd E, Van Ryswyk E, Crowther CA. Different types of dietary advice for women with gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017;2(4):CD009275. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009275.pub1>

org/10.1002/14651858.CD009275.pub3

12. Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, Martínez-López MA, Jiménez-Flores CN, Serrano-Ortiz I, et al. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Med interna Méx [Internet].33(1):91–8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100091&lng=es.

13. Bougherara L, Hanssens S, Subtil D, Vambergue A, Deruelle P. Diabetes gestacional. EMC - Ginecol-Obstet [Internet]. 2018;54(1):1–11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X18880869>

Capítulo 10

LA IMPORTANCIA DE LA PIEL. SUS ESTRUCTURAS Y PRINCIPAL PAPEL COMO MECANISMO DEFENSIVO DE NUESTRO ORGANISMO

VANESA CHOCANO

1 Introducción

La piel es un órgano complejo, una barrera física, química y microbiológica, cuyo finalidad des proteger al huésped de las agresiones externas. Dicho órgano contiene una intrincada red de células inmunitarias propias del tejido, crucial para la defensa del huésped. Cuando sufre el tejido u organismo sufre una agresión, dichas células inmunitarias en la piel se encargan tanto de la prevención de la infección como de la reconstrucción del tejido. Por lo tanto también actúa como barrera con nuestro entorno y con los microorganismos que hay en él, que en el caso de no existir dicho órgano podrían causar numerosas infecciones en nuestro sistema llegando a poder causar la muerte del individuo.

Otras de sus numerosas funciones para la fisiología del huésped, son la prevención de la pérdida de líquidos, estabilización de la temperatura corporal y la transmisión de la información sensorial.

Uno de los principales rasgos que nos diferencia de los reptiles es la termorregulación, es decir, nuestra capacidad para regular la temperatura del organismo. Dependiendo de su sexo, actividad reciente, consumo de alimentos y líquidos, hora del día, y en mujeres, de la fase del ciclo menstrual en al que se encuentren.

Esto se produce gracias a los termorreceptores que podemos encontrar en la superficie de la piel y gracias a los cuales el organismo puede detectar los cambios de temperatura en el sistema.

2 Objetivos

1. Analizar la estructura de la piel y sus mecanismos de defensa.
2. Conocer más acerca de la importancia de la piel como parte fundamental de nuestro organismo

3 Metodología

Para la llevar a cabo este trabajo se ha realizado una investigación a través de una revisión bibliográfica, escogiendo aquellos artículos de la bibliografía actual existente más adecuados al tema elegido, es decir la piel y sus características. Para ello se ha hecho uso de palabras clave como piel, barrera, estructura y defensa en portales como Pubmed.

4 Resultados

La piel está formada por tres capas: epidermis, dermis y tejido graso subcutáneo. Siendo la epidermis la capa más externa, y la dermis la que alberga capilares que facilitan el transporte de nutrientes, además de folículos pilosos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas. Tras estas capas, se encuentra otra que sirve de aislante a los demás órganos: el tejido adiposo. Dicho tejido almacena energía en forma de ácidos grasos y funciona como un órgano endocrino encargado de la homeostasis de la glucosa y el metabolismo de los lípidos.

La principal función de la piel es la protección del organismo ante posibles invasores, a través de barreras físicas, biomoléculas (como los pépticos antimicrobianos y los lípidos) y una red de células inmunes y no inmunes.

Además el pH de la piel humana (entre 5,4-5,9) la convierte en un entorno inhóspito para patógenos potenciales. Existe una gran diferencia entre el pH de dicho órgano y el pH de la sangre (7,4), lo cual sirve como mecanismo secundario en caso de que los microbios penetren la piel.

Dentro de su función de reconstrucción del tejido, ante un daño infligido en los tejidos de nuestra piel, las células inmunitarias crean una red de defensa con el fin de resolver el daño y restaurar dicho tejido. Esta capacidad de recuperación en el

daño del tejido va degenerándose con el paso del tiempo debido al envejecimiento de los tejidos/células y del sistema en general.

Existen dos tipos de envejecimientos, el intrínseco se describe como resultado de cascotes genéticos y cambios corporales normales durante el proceso, mientras que el extrínseco se enfoca en el proceso de envejecimiento acelerado por influencias ambientales.

Durante dicho proceso aparecen finas arrugas como resultado de la reducción de colágeno, fibras elásticas y ácido hialurónico.

5 Discusión-Conclusión

La piel es el órgano de nuestro organismo de mayor extensión debido a sus múltiples funciones, entre ellas, y la más importante la de protección del resto de tejidos y sistemas. Una barrera física y microbiológica que es la principal defensa del huésped.

Además existen otra muchas funciones tan importantes de dicho órgano como son prevención de una posible infección, reconstrucción del tejido tras un daño, prevención de pérdida de líquidos, estabilización de la temperatura corporal y la transmisión de la información sensorial. Por lo que una enfermedad que afecte a la piel conllevaría numerosas posibles consecuencias ya que dicho órgano es el encargado de numerosas e importantes funciones. Aquí se halla la importancia de valorar al paciente como un ser holístico y ver más allá de solo una enfermedad concentrada en un órgano, sino las comorbilidades que esto conllevaría.

6 Bibliografía

1. Fenske NA, Lober CW. Structural and functional changes of normal aging skin. *J Am Acad Dermatol*. 1986;15(4 Pt 1):571-585.
2. Volkmer B, Greinert R. UV and children's skin. *Prog Biophys Mol Biol*. 2011;107(3):386-388.
3. Piérard GE, Charlier C, Delvenne P, Humbert P, Piérard-Franchimont C. Women's skin throughout lifetime. *Biomed Res Int*. 2014;2014:328981.
4. Rinnerthaler M, Bischof J, Streubel MK, Trost A, Richter K. Oxidative stress in aging human skin. *Biomolecules*. 2015;5(2):545-589.
5. Nguyen AV, Soulika AM. The Dynamics of the Skin's Immune System. *Int J Mol Sci*. 2019;20(8):1811.

Capítulo 11

HIPERHIDROSIS. EL INVISIBLE IMPACTO DE AQUELLOS QUE LA SUFREN. OPCIONES DE TRATAMIENTO ACTUALIZADOS

VANESA CHOCANO

1 Introducción

La sudoración forma parte de la fisiología humana, en un individuo sano, como medio de autorregulación de la temperatura corporal, respondiendo al estrés emocional y ayudando en el metabolismo, jugando un papel vital para los humanos. Sin embargo, una sudoración excesiva, también llamada hiperhidrosis, es una condición en la que el aumento de la tasa de sudoración no es causada por un estímulo externo o por un aumento de la temperatura.

En los seres humanos, la secreción de sudor está regulada por el sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso autónomo (SNA). Cuando la producción del sudor funciona correctamente, el SNA puede controlar esta para adaptarse a los cambios en el medio ambiente, metabolismo, la temperatura o las emociones.

La hiperhidrosis afecta alrededor de 15 millones de personas, principalmente a adultos jóvenes de 18 a 39 años y, a menudo, tiene un componente genético.

Esta enfermedad hace que las personas que la sufren tengan que hacer frente a numerosos desafíos en su día a día en numerosos aspectos de la vida diaria, afectando a su vida personal y profesional así como en su salud mental y emocional.

Siendo la consecuencia más invisible de dicha patología (y más grave) pese a no tener grandes consecuencias físicas más allá de la irritación de la piel por el alto grado de humedad.

La repercusión a nivel de la salud mental del paciente puede verse reflejada con emociones como frustración, miedo, una baja autoestima, ansiedad y/o depresión.

2 Objetivos

- identificar las comorbilidades y desafíos de calidad de vida asociados a la hiperhidrosis.
- Conocer más acerca de la hiperhidrosis, sus síntomas y tratamientos.

3 Metodología

Para la creación de esta revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda por los principales buscadores bibliográficos como Pubmed y Cochrane. Seleccionando así los artículos que más se ajustaban al tema de elección. Dicha búsqueda se ha realizado mediante palabras clave como sudoración, hiperhidrosis, bótox.

4 Resultados

Se conoce como hiperhidrosis a la condición de sudoración excesiva más allá de lo que es fisiológicamente necesario. Puede ser sistémica, por todo el cuerpo, o localizada, cuando solo afecta a ciertas partes del cuerpo.

La sudoración local puede presentarse en zonas como las axilas, las palmas de las manos, las plantas de los pies, las regiones craneofaciales, los pliegues inframamarios, la ingle y los glúteos. Las axilas son las más comúnmente afectadas, seguidas de las palmas de las manos las plantas de los pies. No existe diferencia en cuanto a morfología, número o tamaño entre las glándulas sudoríparas de un paciente con hiperhidrosis y un individuo sin dicha condición.

Existen otros problemas de salud derivados de la hiperhidrosis. Algunos más difíciles de detectar o visibilizarse como problemas mentales y consecuencias emocionales derivados de la ansiedad social (sufrida por el 47,1% de los pacientes con dicha condición) o depresión (49,6%).

Además, el sudor excesivo provoca humedad constante y maceraciones en la piel que provocan dolor o grietas en la piel y, por lo tanto, condiciones como pie

de atleta. Como consecuencia de esta humedad excesiva existe más riesgo de infecciones de la piel, dermatofitos, psoriasis o verrugas. Además de dichos problemas físicos, puede afectar a la calidad de vida del paciente limitando aquellas actividades que se vean reflejados signos de esta patología y derivando así en aislamiento social, frustración, ansiedad o depresión.

Los tratamientos convencionales no quirúrgicos incluyen sales de aluminio, iontoforesis, inyecciones de toxina botulínica y glicopirronio oral. Aunque siguen siendo tratamientos no definitivos, ya que por ejemplo la toxina botulínica es eliminada por nuestro organismo de forma natural en unos meses y la utilidad y funcionalidad de estas terapias dependen del grado de hiperhidrosis de cada paciente, siendo muchas veces necesario la combinación de varios tratamientos a la vez.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de vida parece estar directamente relacionada con las partes específicas del cuerpo afectadas por la hiperhidrosis. Según los estudios, la hiperhidrosis axilar, en comparación con otras regiones, afectaba más gravemente la calidad de vida de los pacientes.

La salud mental es una gran afectada en este tipo de pacientes. La sudoración constante provoca vergüenza para la mayoría de pacientes al igual que otros sentimientos como ansiedad, tristeza, ira y desesperanza. En los últimos años han surgido nuevos medicamentos anticolinérgicos tópicos que pueden mejorar los síntomas de los pacientes e incluso prevenir el desarrollo de comorbilidades. El tratamiento de la hiperhidrosis puede ser complejo y requerir la combinación de varias terapias.

6 Bibliografía

1. Swartling C, Brismar K, Aquilonius SM, Naver H, Rystedt A, Rosell K. Hyperhidros-det "tysta" handikappet [Hyperhidrosis-the "silent" handicap]. *Lakartidningen*. 2011;108(47):2428-2432.
2. Schreiner W. Hyperhidrose - wenn Schwitzen zur Qual wird [Hyperhidrosis - when sweating becomes an agony]. *MMW Fortschr Med*. 2022;164(18):64-68.
3. Nawrocki S, Cha J. The etiology, diagnosis, and management of hyperhidrosis: A comprehensive review: Etiology and clinical work-up. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(3):657-666.

4. Henning MAS, Bouazzi D, Jemec GBE. Treatment of Hyperhidrosis: An Update. *Am J Clin Dermatol*. 2022;23(5):635-646.

Capítulo 12

IMPULSANDO UNA CULTURA DE SEGURIDAD: MANOS LIMPIAS

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ GARCÍA

CRISTINA FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA ALISES ROMERO

GLORIA TORRES ROMERO

MARÍA NIEVES ÁLVAREZ ASENSIO

1 Introducción

En esta revisión sistemática se va a hablar del lavado de manos. La higiene de manos consiste en la erradicación de cualquier tipo de micro y macroorganismos patogénicos que puedan anidar en las manos de cualquier personal sanitario.

A priori, el lavado de manos puede parecer un tema de poca importancia; sin embargo su principal transcendencia reside en la capacidad de transmitir cualquier infección nosocomial. Entendiendo esta como cualquier infección que se manifieste o contraiga en el entorno hospitalario.

Siguiendo este hilo de conocimiento, se podría asegurar sin riesgo de duda, que la mala o ineficaz higiene de manos está vinculada de manera inamovible con las infecciones nosocomiales antes explicadas.

De hecho, se podría añadir con total seguridad, que teniendo en cuenta la casuística de procedimiento en particular, las infecciones se podrían evitar en un

alto porcentaje siempre y cuando el sanitario en cuestión, procediera de manera adecuada a abordar su técnica con una completa higiene.

A todo esto hay que sumarle, otros motivos más para terminar de concienciar sobre la importancia de una correcta higiene como por ejemplo que consiste en una técnica que apenas conlleva esfuerzo por parte del sanitario, es muy rápida, asequible y simple; y con ello se evitaría a los pacientes ingresados cualquier tipo de riesgo asociado a la colonización por una infección nosocomial.

Por otro lado, es remarcable reseñar, que dichas infecciones no aparecerían si no fuera por el deficiente lavado de manos del personal que se convierte en el transporte de las bacterias para llegar a usuarios, que en muchos casos tienen organismos debilitados ya de base, retrasando su sanación y por lo tanto alargando el tiempo de ingreso y dando cabida a nuevos episodios que pueden retrasar aún más su alta.

Por último hay que conocer, que solamente se podría hablar de enfermedad nosocomial, aquella que cumpliera las siguientes características: que el paciente refiera signos y síntomas 72 horas después del ingreso en curso y/o 72 horas una vez que el usuario haya recibido el alta hospitalaria por parte de su personal sanitario responsable.

Como bien se ha remarcado desde el inicio de esta revisión, una incompleta higiene de manos puede conllevar a que los usuarios debuten con otro tipo de afectaciones totalmente evitables, desencadenando así una nueva patología o la complicación de la que ya poseían ellos de base.

2 Objetivos

- Instruir a cualquier trabajador del sector sanitario acerca de los riesgos y beneficios que suponen para sus pacientes un incompleto lavado de manos.
- Motivar el cumplimiento de una correcta técnica higienizante de manos.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se llevó a cabo una minuciosa y pertinente revisión bibliográfica en bases de datos como son: SciELO, PubMed y Fistera, con los términos “higiene de manos” e “infecciones nosocomiales”.

Una vez obtenidos el cupo de resultados, para acotar el número de artículos, se tuvo en cuenta la actualidad e importancia del tema tratado, sobre todo en centros sanitarios; así como la descripción precisa de los riesgos derivados de esta técnica.

Además, se han consultado y evaluado y extraído información importante de diferentes publicaciones de revistas científicas que se detallan en el apartado de la bibliografía.

4 Resultados

Según distintos estudios epidemiológicos que se basan en la seguridad del paciente, podemos afirmar que actualmente sigue existiendo un problema con la falta de higiene de manos. Organizaciones como la OMS, han realizado distintas estrategias adoptando medidas para poder superar esos obstáculos y barreras que siguen apareciendo en la conducta de los profesionales sanitarios. Esta estrategia se compone de 5 elementos importantes que son:

- El cambio del Sistema: En ella se intenta garantizar que los pacientes cuenten con una infraestructura adecuada a sus necesidades.
- Formación: Trata de garantizar la buena práctica profesional de los sanitarios a través de la formación pertinente.
- Evaluación: En este paso, el personal responsable deberá realizar un correcto rastreo y comprobación adecuado a cada servicio, de las diferentes infraestructuras destinadas a garantizar en cualquier momento una adecuada y eficaz higiene de manos acorde al nivel de asepsia correspondiente a las diferentes técnicas que se puedan precisar en cada momento.
- Trata de garantizar un buen seguimiento y control de las infraestructuras que se usan así como realizar un control de las prácticas de higiene.
- Recordatorios en el lugar de trabajo: A través de posters se intenta garantizar la importancia de la realización del lavado de manos.
- Clima institucional de seguridad: intenta garantizar la seguridad a todos los niveles a través del seguimiento de protocolos.

¿Cómo haríamos el lavado de manos? Se podría hacer con agua y jabón, o con solución hidroalcohólica. Cuando la suciedad sea visible de forma objetiva y evidente, se deberá utilizar forma sistemática el agua y jabón, mientras que la solución hidroalcohólica se usará en el resto de ocasiones.

Una vez conocido el procedimiento que se debe seguir para conseguir un correcto lavado de manos, es de vital importancia dar a conocer que, si bien se realiza el

lavado con agua y jabón, este debe durar alrededor de 40-60 segundos basándose en las últimas recomendaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

En caso de infecciones por *Clostridium Difficile*, que origina los llamados aislamientos de contacto, este lavado es el más recomendado, ya que conseguiría eliminar este patógeno.

Cuando hablemos de lavado con solución hidroalcohólica, el proceso no superara los 20-30 segundos, ya que al realizar movimientos de fricción sumados a los compuestos que forman esta solución, tendría como resultado una mayor eficacia en la eliminación de dichos microorganismos. Es por ello que se precisa de un menor tiempo de lavado. En caso de infecciones por *Clostridium Difficile*, no se debe utilizar esta fórmula, ya que tiene efecto esporicida nulo.

La OMS también nos destaca 5 situaciones que son clave en el lavado de manos y que se van a explicar a continuación:

- Antes de realizar cualquier contacto directo con el usuario ingresado, por mínimo que sea.
- Cuando los profesionales de la salud vayan a realizar una técnica limpia y aséptica.
- Cuando los profesionales entren en contacto directo con fluidos corporales del individuo.
- Tras un contacto directo con el paciente.
- Posterior a un contacto con el entorno del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras contrastar las diferentes fuentes, tanto revisiones bibliográficas como artículos de revistas científicas se llega a la conclusión de que la sencilla técnica del lavado de manos es de suma relevancia a la hora de garantizar que no se vaya a transmitir ningún tipo de patógeno al paciente.

Se ha podido comprobar que una correcta higiene, puede ahorrar una gran cantidad de dinero al sistema sanitario, es más, se puede convertir en la mayor medida preventiva para acortar la media de días hospitalizados.

Con esta técnica tan sencilla, formando al personal sanitario de manera adecuada, y respetando cada una de las normas marcadas por la OMS, se puede tener la clave para evitar la propagación de cualquier infección nosocomial y por ende,

todas y cada una de las consecuencias que le sobrevendrían al paciente por un mal control de esta técnica.

6 Bibliografía

- 1- Guzmán Herrador BR, Romero Muñoz MJ, Ruiz Montero R, de la Fuente Martos C, Salcedo Leal I, Barranco Quintana JL, et al. Grupos de discusión como abordaje para valorar conocimiento, actitudes y prácticas de higiene de manos en profesionales de la unidad de cuidados intensivos de adultos de un hospital de referencia. *J Health Qual Res* [Internet]. 2020;35(5):297–304. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.12.004>
- 2- Santana-López BN, Santana-Padilla YG, Santana-Cabrera L, Martín-Santana JD, Molina-Cabrillana MJ. Percepciones de los profesionales de cuidados intensivos sobre la higiene de manos en comparación con estudios observacionales. *J Health Qual Res* [Internet]. 2020;35(4):225–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.04.003>
- 3.- Pi-Sunyer T, Banqué M, Freixas N, Barcenilla F. Higiene de manos: evidencia científica y sentido común. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:56–9.
- 4- Ramón-Cantón C, Boada-Sanmartín N, Pagespetit-Casas L. Evaluación de la técnica de higiene de manos en profesionales asistenciales. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2011;26(6):376–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2011.09.002>

Capítulo 13

LA PROBLEMÁTICA DE SUICIDIO EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

JULIA HERRANZ HERNANDO

VICTOR RICARDO MÉNDEZ SÁNCHEZ

MIRIAM RUBIO MORAL

1 Introducción

Se define el suicidio como la realización de la actuación destinada a producir la propia muerte de forma voluntaria.

El suicidio es un problema de salud pública que afecta a toda la población. Sin embargo, los colectivos más vulnerables se ven más atacados por la ideación suicida.

Uno de los colectivos con mayor número de intentos de suicidio son los jóvenes y adolescentes.

Un ejemplo de esto es el incremento de suicidio en jóvenes (del 150%) que ha experimentado el país de México.

Además, es la primera forma de muerte por causa externa en España.

Los factores que fomentan estos comportamientos son, entre otros; el aislamiento producido por las nuevas tecnologías, el uso de drogas, la pobreza, la violencia intrafamiliar, el fracaso académico, el bullying...

Este problema exponencial de Salud Pública debe ser abordado de manera multidisciplinar poniendo énfasis en la figura de la enfermera especialista en Salud

Mental. Para ello, es importante aumentar los recursos humanos y económicos que se destinan para el abordaje de situaciones tan delicadas y que, actualmente, suponen uno de los retos más importantes y relevantes de la sociedad. Para ello, la identificación de situaciones de riesgo así como la prevención, son dos eslabones fundamentales en el trabajo sanitario.

2 Objetivos

General

- Describir los factores de riesgo del suicidio en el paciente adolescente y joven.

Específicos

- Analizar la situación actual en relación al suicidio en población adolescente
- Sintetizar las principales medidas de prevención del suicidio.

3 Metodología

Se pretende analizar la literatura científica que contenga información sobre las características del suicidio en jóvenes y adolescentes con el objetivo de establecer estrategias eficaces para su prevención.

Para ello, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Artículos en español, inglés y portugués.
- Publicados en los últimos 10 años.
- Temática principal: factores de riesgo y prevención en el suicidio de jóvenes y adolescentes.

Criterios de exclusión:

- Artículos anteriores a 2013.
- Artículos con poco impacto científico

4 Resultados

Salud Mental

Los trastornos del estado de ánimo como la depresión, la psicosis, la ansiedad y la esquizofrenia son elementos comunes encontrados en los pacientes con ideación suicida.

Esto puede explicarse por la dificultad del desarrollo de la propia enfermedad, pero cada vez cobra mayor importancia los efectos del estigma social asociados a dichos pacientes. De esta forma, presentan mayores dificultades para la integración satisfactoria en la sociedad.

Otro de los aspectos importantes en el riesgo de suicidio es la situación del núcleo familiar del paciente, puesto que una familia desestructurada en la que se han vivido situaciones de abandono y violencia fomentan la aparición de enfermedad mental en alguno de sus miembros. Por ello, es fundamental que el abordaje del paciente psiquiátrico se haga de manera integral trabajando con su entorno y, más concretamente, su familia.

En otros países como en Japón, se están desarrollando programas específicos de salud mental en los que trabajan de manera multidisciplinar, fomentando la comunicación intrahospitalaria, el seguimiento telefónico y el trabajo con la familia.

Embarazo

El embarazo puede suponer una situación de riesgo para el suicidio. Sobre todo cuando este embarazo es fruto de una agresión sexual o es un embarazo no deseado.

Además, el embarazo en la adolescencia suele tener como consecuencia el abandono escolar y el aislamiento social.

Por otra parte, en varios estudios se reporta que los episodios depresivos son más frecuentes en adolescentes tras un año después del parto y, quienes quedan embarazadas sin pareja, durante el primer trimestre de embarazo.

Otro factor a tener en cuenta es el mayor riesgo de sufrir depresión postparto en embarazos adolescentes y el escaso apoyo que aportan las estructuras sanitarias en estas situaciones. Esto provoca desapego entre madre e hijo y carencias en la crianza del bebé.

Duelo en los padres del adolescente suicida

Tras el suicidio de un joven o adolescente se produce un duelo en sus familiares

más cercanos, más concretamente en sus padres.

Existe un alto riesgo de que este duelo sea patológico por lo que necesita de un seguimiento estrecho por parte sanitaria.

Una de las estrategias que se han demostrado válidas para la ayuda del duelo en padres de hijos muertos por suicidio es la conservación de “objetos de vinculación” con los hijos.

En dicho duelo suele estar muy presente la culpa, el aislamiento social, el sentimiento de estigmatización y la falta de exteriorización de sentimientos y necesidades.

En muchos casos, los padres son más propensos al consumo abusivo de alcohol u otras drogas, así como a episodios de ansiedad y depresión.

5 Discusión-Conclusión

La juventud y adolescencia son épocas de gran vulnerabilidad en la que se producen grandes hitos evolutivos como la búsqueda de identidad.

Además se produce un desarrollo cognitivo importante en estas edades, también se desarrolla la capacidad de decisión y la búsqueda de sentimiento de pertenencia a un grupo.

Por ello, la prevención supone un eslabón fundamental para evitar el suicidio consumado en adolescentes y jóvenes. Dichas estrategias de prevención deben ser diseñadas bajo el prisma de Salud Pública incluyendo a profesionales de varios ámbitos (trabajo multidisciplinar) y con un abordaje familiar y social.

De esta forma, es importante trabajar la prevención de consumo de drogas, el absentismo escolar, uso inadecuado del tiempo libre, uso irracional de internet y redes sociales...

Por otro lado, en cuanto al trabajo que se debe realizar con las familias, es importante fomentar una buena comunicación intrafamiliar con un sistema asertivo que fomente el desarrollo personal y emocional de cada uno de sus miembros de forma que supongan un elemento de apoyo los unos para los otros.

Igualmente, suele ser útil establecer una “escuela de padres” en las que se establezcan estrategias de establecimiento de límites, formas de comunicación, valores,

signos de alarma de riesgo de suicidio o enfermedades de salud mental.

Para todo esto, es fundamental la figura de una enfermera especializada en salud mental que aborde de manera integral al paciente con riesgo de suicidio y sus familias.

6 Bibliografía

1. Plumed Domingo, JJ y Rojo Moreno L. La medicalización del suicidio en España del s. XIX: Aspectos teóricos, profesionales y culturales. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 2012;64:147-166.
2. Juventud. En: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [en línea]. Disponible en www.unesco.org/new/es/popular-topics/youth/
3. World Health Organization (WHO). Disponible en: <http://www.who.int/topics/suicide/en/>
Consultado el 17 de Julio del 2016.
4. Calvete, E.; Orue, I.; Aizpuru, L., y Brotherton, H. (2015). "Prevalence and functions of non-suicidal selfinjury in Spanish adolescents". *Psicothema*, 27(3), pp. 223-228
5. World Health Organization (WHO). Los accidentes de tránsito, el suicidio y las afecciones maternas figuran entre las principales causas de muerte de los jóvenes (2009). WHO:Géneva. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/adolescent_mortality_20090911/es/index.html
6. Franklin, J. C.; Ribeiro, J. D.; Fox, K. R.; Bentley, K. H.; Kleiman, E. M.; Huang, X.; Musacchio, K. M.; Jaroszewski, A. C.; Chang, B. P., y Nock, M. K. (2017). "Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research", *Psychological Bulletin*, 143(2), pp. 187-232

Capítulo 14

AYUNO INTERMITENTE PARA TRATAR LA OBESIDAD EN CONSULTA DE ENFERMERIA

MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ MERINO

MARINA ALAÑÓN BARBA

MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA

MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO

ANA MARIA CAMARENA LILLO

1 Introducción

La obesidad se considera hoy en día un problema de actualidad, ya que representa uno de los factores de riesgo cardiovasculares más prevalentes en la sociedad. Casi dos millones de personas en el mundo presentan sobrepeso, y medio millón son consideradas obesas.

El ayuno intermitente se ha alzado como uno de los principales medios para combatir esta problemática. Consiste en alternar entre periodos de ingesta de alimentos ad libitum y otros de restricción calórica de forma estricta. Esta restricción puede variar en frecuencia y tiempo según el tipo de ayuno intermitente que estemos usando. Para un correcto funcionamiento del ayuno, la ventana nutricional debe constar de alimentos sanos y moderados en cantidad para ejercer un efecto

positivo en nuestro organismo. Hoy en día el ayuno intermitente es considerado una alternativa a la restricción calórica clásica.

El ayuno puede ir desde 12h a 24h, y nunca puede realizarse un ayuno de 24h en dos días consecutivos, deben ser alternos. Hay numerosos estudios que reportan los beneficios del mismo. En el caso de la enfermería podría utilizar el ayuno intermitente de forma no estricta en atención primaria para tener un mayor control de los pacientes y reducir el peso en aquellos que presenten obesidad y/o sobrepeso.

Siempre y cuando conste de conocimientos actualizados sobre el tema.

2 Objetivos

Dar a conocer los efectos que produce el ayuno intermitente en el ser humano a nivel de medidas antropométricas para el tratamiento de la obesidad en atención primaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos como google académico, pubmed, scielo etc. Se han utilizado palabras clave como “intermittent fasting”, “alternative day fasting”, “ayuno intermitente”. Y se ha restringido el tiempo a los últimos 10 años. En cuestión del idioma se seleccionaron estudios tanto en inglés como en español.

4 Resultados

En los diferentes estudios que nos encontramos sobre el ayuno intermitente y su utilización en la práctica clínica de ensayos, nos vamos a centrar en aquellas que son revisiones sistemáticas y metanálisis.

Este tipo de estudios concluyen que el ayuno intermitente puede ser usado de forma eficaz en personas con obesidad y/o sobrepeso. Dentro del tiempo de 6 meses, los resultados demuestran que el ayuno intermitente disminuye de forma eficaz el IMC, el peso corporal, pliegues cutáneos, la grasa de nuestro cuerpo, así como su porcentaje. Además, en aquellas personas que son obesas reduce en mayor medida la circunferencia de la cintura (factor de riesgo cardiovascular). Se destaca que en los pacientes no hubo pérdida de masa magra, sino que fue íntegramente grasa.

Como incentivo, otras revisiones sistemáticas y metaanálisis, se demuestra que el ayuno intermitente (de cualquier tipo), además de mejorar parámetros antropométricos como son peso corporal, circunferencia cintura, IMC, masa grasa e índice cintura-cadera, mejora también otros parámetros cardiometabólicos como tensión arterial, concentración de glucosa e insulina en ayunas, así como la resistencia a esta última, colesterol total y triglicéridos. Y un mantenimiento de variables como LDL, HDL y Hb1Ac.

Cabe destacar que, el ayuno intermitente, como cualquier otra dieta, no funcionará igual en todas las personas ni en la misma medida. Pero con ensayos y estudios que refuercen y avalen el correcto uso del mismo para la mejora de las variables antropométricas y potenciando otras metabólicas, la enfermería en la consulta de atención primaria podría hacer uso y recomendación de este tipo de dieta de forma individualizada a determinados pacientes. Implementando en la rutina y con ayuda y soporte de la enfermería, un ayuno intermitente no estricto de 12h, por ejemplo, cenando a las 20h y desayunando a las 9h, se podrían conseguir todos los efectos descritos anteriormente. Como consecuente la obesidad y sobrepeso, principal factor de riesgo cardiovascular por su prevalencia, se vería disminuido.

5 Discusión-Conclusión

- La obesidad y el sobrepeso son considerados el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en la actualidad, alcanzando casi dos millones de personas con sobrepeso y casi medio millón con obesidad, suponiendo una problemática a nivel mundial
- El ayuno intermitente se alza como nueva dieta alternativa a la restricción calórica clásica para combatir la obesidad. Se define como alternar entre periodos de ingesta de alimentos ad libitum y otros de restricción calórica de forma estricta. Esta restricción puede variar en frecuencia y tiempo según el tipo de ayuno intermitente que estemos usando.
- Revisiones sistemáticas y metaanálisis reportan beneficios del ayuno intermitente a nivel antropométrico (mejora del peso, IMC, % grasa, circunferencia cintura, pliegues cutáneos) y metabólico (HDL, LDL, colesterol total, triglicéridos).
- El ayuno intermitente no estricto de 12h podría ser usado por enfermería en las consultas de atención primaria para disminuir la incidencia y prevalencia de la obesidad y sobrepeso en la población.

6 Bibliografia

1. Malinowski B, Zalewska K, Węsierska A, Sokołowska MM, Socha M, Liczner G, et al. Intermittent Fasting in Cardiovascular Disorders—An Overview. *Nutrients*. marzo de 2019;11(3):673

Capítulo 15

ENFERMERIA Y SUS CUIDADOS EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL

MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ MERINO

MARINA ALAÑÓN BARBA

MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA

MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO

ANA MARIA CAMARENA LILLO

1 Introducción

La diabetes gestacional es una forma de diabetes que se desarrolla durante el embarazo. La mayoría de las mujeres embarazadas tienen niveles normales de azúcar en la sangre, pero algunas tienen niveles más altos de lo normal. Esto se debe a que el cuerpo de la mujer está produciendo más hormonas durante el embarazo, lo que puede afectar la forma en que el cuerpo utiliza la insulina.

Si no se controla adecuadamente, la diabetes gestacional puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, como la hipertensión arterial, el parto prematuro y el aumento de peso excesivo del bebé. Además, las mujeres con diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en el futuro.

Los síntomas de la diabetes gestacional suelen ser leves o incluso ausentes, por lo que la mayoría de las veces se detecta durante un examen de rutina durante el embarazo. Los médicos suelen hacer pruebas de azúcar en la sangre para detectar la diabetes gestacional durante el segundo trimestre del embarazo.

El tratamiento de la diabetes gestacional incluye cambios en la dieta y el estilo de vida, así como la medicación con insulina si es necesaria. Es importante que las mujeres con diabetes gestacional controlen adecuadamente sus niveles de azúcar en la sangre durante el embarazo para evitar complicaciones. Después del parto, muchas mujeres vuelven a tener niveles normales de azúcar en la sangre, pero tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en el futuro y deben hacerse pruebas periódicas para detectar la enfermedad.

2 Objetivos

Dar a conocer la diabetes en pacientes en estado de gestación, la conocida como diabetes gestacional, por el profesional de enfermería, así como sus cuidados y requerimientos.

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 efectuado 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 trabajo de enfermería en el cuidado de la diabetes gestacional incluye ayudar a las mujeres a controlar sus niveles de azúcar en la sangre ya prevenir complicaciones durante el embarazo. Esto puede incluir asesorar sobre cambios en la dieta y el estilo de vida, administrar medicamentos, como la insulina, y monitorear los niveles de azúcar en la sangre y la presión arterial.

Además, el profesional de enfermería puede proporcionar apoyo emocional y educación sobre la diabetes gestacional y cómo manejarla de manera efectiva.

También pueden trabajar con otros miembros del equipo de atención médica, como médicos y dietistas, para asegurar que las mujeres con diabetes gestacional reciban el tratamiento adecuado.

- Los cuidados de enfermería para las pacientes con diabetes gestacional pueden incluir:

Educación sobre la diabetes gestacional: es importante que las pacientes comprendan cómo controlar la diabetes gestacional durante el embarazo y cómo prevenir complicaciones. El profesional de enfermería puede proporcionar información sobre cambios en la dieta y el estilo de vida, así como sobre la medicación y la monitorización de los niveles de azúcar en la sangre.

Monitorización de los niveles de azúcar en la sangre: el profesional de enfermería puede ayudar a los pacientes a controlar sus niveles de azúcar en la sangre utilizando medidores de glucemia o tomando muestras de sangre en el laboratorio.

Administración de medicación: si el paciente necesita medicación para controlar su diabetes gestacional, el profesional de enfermería puede ayudar a administrarla de forma segura y efectiva.

Promoción de hábitos saludables: el profesional de enfermería puede ayudar a las pacientes a llevar un estilo de vida saludable durante el embarazo, como hacer ejercicio de forma regular y mantener un peso saludable.

Detección y tratamiento de problemas de salud: el profesional de enfermería debe estar atentas a cualquier problema de salud que pueda surgir durante el embarazo y trabajar de cerca con los médicos para brindar el tratamiento adecuado.

Es importante que el profesional de enfermería trabaje de cerca con los médicos y otros profesionales de la salud para proporcionar un cuidado integral y efectivo a los pacientes con diabetes gestacional.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la conclusión, y en opinión después de realizar este estudio, se puede decir que el trabajo de enfermería en el cuidado de la patología de la diabetes gestacional es esencial y primordial para asegurar que las mujeres que están en estado de embarazo sepan manejar y que controlen adecuadamente sus niveles de azúcar en la sangre y que así consigan y eviten complicaciones durante el embarazo. Además, el profesional de enfermería desempeña un papel importante en la educación y el apoyo emocional de las mujeres con diabetes gestacional y en la coordinación del cuidado con otros profesionales de la salud.

6 Bibliografía

1. Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, Martínez-López MA, Jiménez-Flores CN, Serrano-Ortiz I et al . Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2017 Feb [citado 2023 Ene 25] ; 33(1): 91-98. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100091&lng=es.
2. Pérez Madrazo Karelia, Díaz Marín Daniel, Lorenzo Velásquez Berta M, Castillo López Rosalina. Teoría y cuidados de enfermería. Una articulación para la seguridad de la gestante diabética. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2012 Sep [citado 2023 Ene 25] ; 28(3): 243-452. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000300008&lng=es.
3. Fernández Pombo Carmen Neri, Luna Cano María Reyes, Lorenzo Carpenté Marta, Allegue Magaz Elena, Beceiro Dopico Laura. Importancia de la detección de factores de riesgo para diabetes mellitus gestacional. Index Enferm [Internet]. 2016 Jun [citado 2023 Ene 25] ; 25(1-2): 18-21. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100005&lng=es.

Capítulo 16

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA CRISIS DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE

MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ MERINO

MARINA ALAÑÓN BARBA

MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA

MARIA DEL PILAR JUAREZ MERINO

ANA MARIA CAMARENA LILLO

1 Introducción

Los trastornos de ansiedad por su prevalencia y trascendencia afectan a todo tipo de poblaciones y se encuentran entre los trastornos mentales más visibles.

Dependiendo del nivel de la ansiedad de la persona, se utilizarán diferentes intervenciones del personal de enfermería. Algunos de ellos pueden ser realizados por enfermeras de Atención Primaria y Hospitalización con la ayuda de enfermeras de cuidados especializados, aunque la mayoría se realizarán en equipos especializados. Dada la prevalencia y complejidad de los cuidados, el personal de enfermería en su conjunto debe estar preparado para el manejo de estas emergencias. El personal del servicio de emergencia debe ser capaz de reconocer estas condiciones y tomar las medidas necesarias antes de que empeoren para brindar una atención eficaz.

Las crisis de ansiedad son una de las razones más comunes de la necesidad de atención de salud mental de emergencia en la sociedad actual. Es necesario un tratamiento inmediato para este trastorno mental del comportamiento.

Esta realidad hace que sea fundamental para todos los profesionales de la salud, independientemente de nuestras especializaciones, poder reconocer los casos en los que la salud mental de los pacientes ha cambiado y manejar su atención con el más alto nivel de seguridad.

2 Objetivos

Describir la intervención del personal de enfermería ante un paciente que acude a urgencias con una crisis de ansiedad.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de Pubmed, Medline y Dialnet y Google Académico seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando una persona está pasando por una crisis de ansiedad, los principales objetivos de las intervenciones de enfermería son hacerla más llevadera, aumentar la seguridad y restablecer la respiración normal. Dado que son circunstancias únicas que provocan un sufrimiento importante y tienen propensión a repetirse, se aconseja una atención especializada lo antes posible para evitar que las crisis se repitan y evitar que se cronifiquen. Las principales intervenciones de enfermería son :

1. A la llegada del paciente a la recepción del centro médico se confirmará por qué fue a la sala de emergencias.
2. Para disminuir los riesgos en la atención al paciente en caso de crisis de ansiedad, se evaluará el nivel junto con la intervención.
3. Se confirmará si el paciente tiene antecedentes médicos o algún antecedente de este episodio de crisis ansiosa una vez determinada la emergencia y dado de

alta al paciente.

4. Durante la fase de emergencia, el paciente necesita ser vigilado. Se hará un seguimiento de los signos vitales tanto antes como después de la administración de medicamentos psicotrópicos.
5. La enfermera debe trabajar para disminuir el sufrimiento del paciente ofreciendo orientación, seguridad, apoyo y cuidado para su bienestar, y reduciendo cualquier malestar o aprensión que pueda sentir
6. Se buscará la persuasión del paciente a través de la contención verbal; se utiliza la escucha activa; no se confronta al paciente, sino que trata de negociar posibles soluciones a su problema.
7. El paciente se sentirá más seguro acerca de su seguridad personal si permanece cerca y lo ayuda a respirar lenta y profundamente. Debe dar instrucciones sobre técnicas para disminuir la ansiedad y mejorar el afrontamiento.
8. La enfermera debe ayudar con la ventilación.
9. Si es necesario, se administrará psicoterapia y/o farmacoterapia.
10. El paciente solo será inmovilizado física o mecánicamente como último recurso si la inmovilización verbal y cualquier medicación previa no han logrado frenar la impulsividad del paciente.
11. Es necesario evaluar las posibles reacciones adversas o efectos secundarios de la farmacoterapia. Ellos resultados se compartirán inmediatamente con el médico designado.
12. Analizar cómo ha cambiado el estado emocional de la paciente a lo largo del tiempo y describir sus circunstancias.
13. Siempre se debe informar al paciente sobre los procedimientos a seguir, y siempre se debe ayudar al usuario y/o a un familiar con los pasos necesarios para lograr un tratamiento del paciente a largo plazo y prevenir recurrencias.

5 Discusión-Conclusión

Al proporcionar a cada paciente la atención más eficaz y completa posible, la enfermería juega un papel crucial y significativo para satisfacer la demanda de atención de los ciudadanos en relación con los cambios en su salud mental. Para manejar adecuadamente la situación y aliviar el sufrimiento de la paciente y su familia, la actitud de la enfermera es fundamental. Las crisis de ansiedad son una de las razones más comunes de la necesidad de atención de salud mental de emergencia en la sociedad actual.

Para atender la demanda de emergencias tan frecuentes como las crisis de ansiedad y garantizar una atención rápida y eficaz, el personal de enfermería debe

estar en constante capacitación.

6 Bibliografía

- Gómez, Gómez, T., Trastornos de la ansiedad y cuidados de enfermería [TFG]. 2013 [Acceso 19 de feb de 2021] Disponible en: <http://repositorio.ual.es/handle/10835/2499>
- Macías Ramírez, C. Actuaciones de enfermería de urgencias ante situaciones de crisis de ansiedad. Ciber Revista -Esp-[Internet]. 2009

Capítulo 17

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO OBSESIVO-COMPULSIVO: RECOMENDACIONES Y ESTRATEGIAS

MELANIA GONZALEZ GUERRA

EVELYN MORENO MONZÓN

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

STEPHANIE LIARTE

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

1 Introducción

Los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (TOC) son un conjunto de trastornos psiquiátricos que se caracterizan por la presencia de obsesiones y compulsiones que provocan malestar significativo y deterioro en el funcionamiento cotidiano de los pacientes afectados. Estos trastornos pueden afectar a personas de distintas edades, géneros y grupos étnicos, y su impacto en la calidad de vida del paciente y su familia puede ser muy importante.

Los síntomas de los TOC comprenden obsesiones, que son pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos, repetitivos y no deseados, y compulsiones, que son comportamientos repetitivos que se realizan en respuesta a las obsesiones con

el fin de reducir la ansiedad o el malestar. Estos síntomas pueden ser muy intensos y afectar la vida diaria del paciente, dificultando la realización de actividades normales, como trabajar o socializar.

El cuidado de enfermería en pacientes con TOC es esencial en el tratamiento de estos trastornos, ya que los profesionales de enfermería pueden ayudar a detectar los síntomas, ofrecer estrategias de tratamiento eficaces y brindar apoyo emocional durante el proceso de tratamiento. Además, los enfermeros y enfermeras pueden educar a los pacientes y sus familias sobre las distintas opciones de tratamiento disponibles, proporcionando información sobre la naturaleza del trastorno, los síntomas, los tratamientos y los efectos secundarios de los medicamentos.

2 Objetivos

Proporcionar información sobre los cuidados de enfermería en pacientes con trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (TOC)

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el protocolo de enfermería para el cuidado de pacientes con trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, 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 trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (TOC) es un aspecto fundamental en el tratamiento de estos trastornos. Los enfermeros y enfermeras pueden proporcionar apoyo emocional y educación a los pacientes y sus familias, lo que puede ayudar a reducir la ansiedad y el estrés asociados con estos trastornos. Además, los profesionales de enfermería pueden trabajar en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de atención médica para desarrollar planes de tratamiento individualizados que se ajusten a las necesidades específicas de cada paciente.

El monitoreo cuidadoso de los síntomas es un aspecto clave del cuidado de enfermería en pacientes con TEOC. Los enfermeros y enfermeras pueden ayudar a los pacientes a identificar las obsesiones y compulsiones, y pueden proporcionar estrategias para ayudar a controlar y reducir los síntomas. Además, los enfermeros y enfermeras pueden colaborar con los médicos para administrar medicamentos y monitorear cualquier efecto secundario o cambio en la respuesta del paciente al tratamiento.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una intervención terapéutica efectiva en el tratamiento de los TEOC. Los enfermeros y enfermeras pueden ayudar a los pacientes a comprender los principios de la TCC y a desarrollar habilidades para identificar y controlar sus pensamientos obsesivos y compulsiones. Los profesionales de enfermería también pueden proporcionar apoyo durante la terapia y ayudar a los pacientes a implementar técnicas de relajación y otras estrategias para reducir la ansiedad y el estrés.

Además de la TCC, existen otras intervenciones terapéuticas que pueden ser útiles en el tratamiento de los TEOC, como la terapia de exposición y prevención de respuesta (TEPR) y la terapia de aceptación y compromiso (TAC). Los enfermeros y enfermeras pueden proporcionar educación sobre estas terapias y ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es fundamental destacar el importante papel que juegan los enfermeros y enfermeras en el cuidado de pacientes con trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (TOC). A través de la educación y el apoyo emocional, estos profesionales pueden ayudar a los pacientes y sus familias a reducir el estrés y la ansiedad asociados con estos trastornos.

Además, los enfermeros y enfermeras pueden trabajar en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de atención médica para desarrollar planes de tratamiento individualizados que se ajusten a las necesidades específicas de cada paciente. El monitoreo cuidadoso de los síntomas es un aspecto clave del cuidado de enfermería en pacientes con TOC y los profesionales de enfermería pueden proporcionar estrategias para ayudar a controlar y reducir los síntomas.

6 Bibliografía

American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta ed.). Editorial Médica Panamericana.

Fernández-Álvarez, H., García, F., & López-Montoyo, A. (2016). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), 207-215.

González-Ramírez, M. T., & de la Fuente-Solana, E. I. (2018). *Enfermería en salud mental y psiquiátrica: conceptos, habilidades y competencias*. Elsevier.

Capítulo 18

MANEJO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

MELANIA GONZALEZ GUERRA

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

EVELYN MORENO MONZÓN

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

STEPHANIE LIARTE

1 Introducción

El abuso del alcohol es una cuestión global de salud pública, que puede generar consecuencias negativas y perjudiciales para la salud mental y física de las personas. El alcoholismo es una enfermedad crónica y progresiva que puede afectar a individuos de todas las edades, géneros, culturas y razas. El síndrome de abstinencia alcohólica es una consecuencia común de la adicción al alcohol y puede surgir cuando una persona que consume de manera excesiva deja de hacerlo repentinamente.

El síndrome de abstinencia alcohólica abarca una serie de síntomas psicológicos y físicos que surgen tras la interrupción abrupta del consumo de alcohol en una persona con un alto nivel de dependencia del mismo. Los síntomas pueden ser leves,

moderados o graves, y varían de acuerdo a la cantidad y duración del consumo de alcohol previo. Los síntomas leves incluyen ansiedad, sudoración y temblores, mientras que los síntomas graves pueden implicar alucinaciones, convulsiones y delirium tremens.

El tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica puede ser de tipo ambulatorio u hospitalario y depende de la gravedad de los síntomas, el historial previo de consumo de alcohol, la edad y la presencia de otras enfermedades. Los pacientes pueden necesitar la administración de medicamentos para controlar los síntomas y prevenir complicaciones. Asimismo, se recomienda un seguimiento a largo plazo para evitar recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

El objetivo principal de este documento es brindar información sobre el manejo enfermero de pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el manejo de pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica, 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 manejo del síndrome de abstinencia alcohólica involucra una serie de enfoques que se adaptan a las necesidades individuales de los pacientes.

En primer lugar, es fundamental realizar una evaluación detallada del paciente, la cual puede incluir una revisión de su historial médico, un examen físico y pruebas de laboratorio. Esto permitirá determinar la gravedad del síndrome de abstinencia alcohólica y elegir la estrategia de tratamiento más adecuada.

Los pacientes con síntomas leves de abstinencia alcohólica pueden ser tratados de forma ambulatoria, lo que implica el control y seguimiento del paciente en su hogar o en un centro de tratamiento diurno. En estos casos, se pueden utilizar

medicamentos para tratar los síntomas, como benzodiacepinas o antidepresivos. También se puede proporcionar apoyo emocional y terapia para ayudar al paciente a sobrellevar los efectos de la abstinencia alcohólica.

Por otro lado, los pacientes con síntomas graves de abstinencia alcohólica deben ser tratados en un entorno hospitalario para evitar complicaciones graves, como convulsiones o delirium tremens. El tratamiento en el hospital puede incluir la administración de medicamentos para controlar los síntomas, la hidratación y el monitoreo continuo de los signos vitales del paciente. En algunos casos, se puede requerir el ingreso a una unidad de cuidados intensivos.

Es importante destacar que el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica no se limita solo a la fase aguda de la enfermedad. Los pacientes también deben recibir atención a largo plazo para prevenir recaídas y mejorar su calidad de vida. Esto puede implicar la participación en programas de tratamiento en grupo, terapia individual y seguimiento médico regular.

Además, se deben implementar medidas preventivas para evitar la aparición del síndrome de abstinencia alcohólica en primer lugar. Esto puede incluir la educación del público sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol y la promoción de un estilo de vida saludable. También se deben considerar programas de tratamiento temprano para pacientes con un alto riesgo de desarrollar dependencia alcohólica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica requiere de una combinación de enfoques médicos y terapéuticos personalizados que aborden tanto la fase aguda como la prevención y el tratamiento a largo plazo. Es esencial proporcionar un tratamiento oportuno y adecuado para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad.

Es crucial llevar a cabo una evaluación exhaustiva del paciente para determinar la gravedad de la enfermedad y elegir el enfoque más efectivo. La terapia con medicamentos y el apoyo emocional son esenciales para controlar los síntomas de abstinencia alcohólica en pacientes con síntomas leves, mientras que los pacientes con síntomas graves necesitan un tratamiento hospitalario intensivo.

6 Bibliografía

Guía para el manejo clínico del síndrome de abstinencia alcohólica en el primer nivel de atención. Secretaría de Salud, Gobierno de México. 2017. Disponible: <https://www.gob.mx/salud/documentos/guia-para-el-manejo-clinico-del-sindrome-de-abstinencia-alcoholica-en-el-primer-nivel-de-atencion>

Protocolo de manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en urgencias. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2015. Disponible: <https://www.semicyuc.org/sites/default/files/archivos-destacados/Protocolo%20de%20Manejo%20del%20SA%20alcoholica%20en%20urgencias.pdf>

Capítulo 19

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO PSICÓTICO

EVELYN MORENO MONZÓN

MELANIA GONZALEZ GUERRA

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

STEPHANIE LIARTE

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

1 Introducción

Los trastornos del espectro psicótico son trastornos mentales graves que se caracterizan por la presencia de síntomas como alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado y comportamiento catatónico. Estos trastornos pueden afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes y su capacidad para funcionar en la vida cotidiana. La esquizofrenia es uno de los trastornos psicóticos más comunes y afecta a cerca del 1% de la población mundial. También hay otros tipos de trastornos delirantes que son comunes.

Diagnosticar y tratar los trastornos del espectro psicótico puede ser complicado debido a la complejidad de los síntomas y la necesidad de tratamiento a largo plazo. Además, la falta de conciencia sobre estos trastornos y el estigma aso-

ciado a la enfermedad puede dificultar el acceso al tratamiento y el apoyo necesario para la recuperación. Por lo tanto, es esencial que los pacientes que padecen trastornos del espectro psicótico reciban atención personalizada y adecuada para lograr una recuperación efectiva y mejorar su calidad de vida.

Los cuidados de enfermería son fundamentales en el manejo de los trastornos del espectro psicótico. Los enfermeros pueden ayudar a los pacientes en la identificación y manejo de los síntomas, promover la adherencia al tratamiento y prevenir complicaciones médicas y psiquiátricas.

2 Objetivos

Proporcionar información sobre los cuidados de enfermería en pacientes con trastornos del espectro psicótico.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con trastornos del espectro psicótico., 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 es esencial en el manejo de los trastornos del espectro psicótico. Los enfermeros tienen un papel crucial en la atención personalizada y continua para mejorar la calidad de vida de los pacientes y su capacidad para funcionar en la vida cotidiana. Además, pueden prevenir complicaciones médicas y psiquiátricas y proporcionar educación y apoyo a los pacientes y sus familias.

Los enfermeros pueden ayudar en la identificación y manejo de los síntomas, como alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado y comportamiento catatónico. También pueden proporcionar tratamiento psicológico y farmacológico, promover la adherencia al tratamiento y monitorear los efectos secundarios de los medicamentos. La enfermería también puede prevenir la deshidratación y la malnutrición mediante la supervisión y el control de la ingesta de

líquidos y alimentos, y prevenir la aparición de úlceras por presión mediante la movilización y el cambio de posición frecuente.

La educación y el apoyo a los pacientes y sus familias son fundamentales para mejorar el conocimiento sobre la enfermedad y disminuir el estigma asociado. Los enfermeros pueden brindar información sobre la enfermedad y el tratamiento, y ayudar a los pacientes y sus familias a comprender y manejar los síntomas y el impacto en la vida diaria. También pueden proporcionar apoyo emocional y social y derivar a los pacientes y sus familias a grupos de apoyo y servicios comunitarios.

La colaboración con otros profesionales de la salud es esencial para proporcionar un tratamiento integral y efectivo. Los enfermeros pueden trabajar en equipo con psiquiatras, terapeutas y trabajadores sociales para abordar las necesidades médicas, psicológicas y sociales de los pacientes y sus familias. Además, la atención multidisciplinaria puede mejorar la eficacia del tratamiento y la calidad de vida de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los trastornos del espectro psicótico son trastornos mentales graves que pueden afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes. El cuidado de enfermería es esencial en el manejo de estos trastornos, ya que los enfermeros pueden ayudar en la identificación y manejo de los síntomas, promover la adherencia al tratamiento y prevenir complicaciones médicas y psiquiátricas.

Además, la educación y el apoyo a los pacientes y sus familias son fundamentales para mejorar el conocimiento sobre la enfermedad y disminuir el estigma asociado. La colaboración con otros profesionales de la salud también es esencial para proporcionar un tratamiento integral y efectivo.

6 Bibliografía

Heredia-Camacho, B., García-Sánchez, J. A., & García-Sánchez, E. (2020). Trastornos psicóticos: abordaje desde el cuidado de enfermería. *Revista de Investigación Académica*, 21, e550.

Instituto Nacional de Salud Mental. (s.f.). Trastornos psicóticos. Recuperado de

<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>

Capítulo 20

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN: NECESIDADES Y CONSIDERACIONES GENERALES

EVELYN MORENO MONZÓN

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

STEPHANIE LIARTE

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

MELANIA GONZALEZ GUERRA

1 Introducción

El Síndrome de Down es una condición genética que afecta a aproximadamente 1 de cada 700 nacimientos a nivel mundial. Esta anomalía cromosómica ocurre cuando hay una copia extra del cromosoma 21, resultando en discapacidad intelectual y características físicas distintivas. Aunque el SD es una condición común, cada individuo con SD tiene necesidades de atención médica y enfermería únicas y específicas.

La atención de enfermería y médica en pacientes con SD debe ser holística y abarcar todas las necesidades médicas, emocionales y sociales de los pacientes y sus familias. Es esencial que los profesionales de la salud y los cuidadores estén

capacitados para brindar una atención apropiada a pacientes con SD y se sientan cómodos trabajando con esta población heterogénea.

Es importante que los cuidados de enfermería y médicos en pacientes con SD se enfoquen en abordar las necesidades médicas específicas de estos pacientes, así como en brindar apoyo emocional y social a los pacientes y sus familias. En el ámbito clínico, es crucial que los profesionales de la salud estén familiarizados con las complicaciones médicas asociadas con el síndrome de Down, ya que los pacientes con SD pueden presentar una amplia variedad de problemas de salud. Además, los pacientes con SD también pueden requerir apoyo emocional y social debido a los estigmas y discriminación que a menudo enfrentan.

2 Objetivos

Resaltar la importancia de la atención de enfermería en pacientes con síndrome de Down, abarcando sus necesidades médicas, emocionales y sociales específicas.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el cuidado de enfermería en pacientes con síndrome de Down, 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 atención de enfermería en pacientes con síndrome de Down debe ser holística y centrada en el paciente, con el objetivo de abordar todas las necesidades médicas, emocionales y sociales de los pacientes y sus familias.

Es importante que los profesionales de la salud y los cuidadores estén capacitados para brindar una atención personalizada y adecuada a los pacientes con SD. Esto incluye la comprensión de las complicaciones médicas específicas asociadas con el síndrome de Down, como problemas cardíacos, problemas gastrointestinales, trastornos del sueño y trastornos de la tiroides, entre otros.

Los pacientes con SD también pueden requerir atención adicional debido a la discapacidad intelectual y la necesidad de apoyo en áreas como la alimentación, la higiene y el cuidado personal. Es importante que los profesionales de la salud y los cuidadores trabajen en colaboración con los pacientes y sus familias para desarrollar planes de atención individualizados que aborden todas las necesidades únicas de cada paciente.

Además de la atención médica, los pacientes con SD también pueden requerir apoyo emocional y social debido a los estigmas y discriminación que a menudo enfrentan. Los profesionales de la salud y los cuidadores deben trabajar para brindar apoyo a los pacientes y sus familias, y ayudarles a conectarse con grupos de apoyo y servicios comunitarios que puedan ayudar a mejorar su calidad de vida.

En última instancia, la atención de enfermería en pacientes con síndrome de Down debe ser centrada en el paciente y adaptada a sus necesidades únicas. Es crucial que los profesionales de la salud y los cuidadores trabajen en colaboración con los pacientes y sus familias para desarrollar planes de atención personalizados que aborden todas las necesidades médicas, emocionales y sociales de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión para el documento, podemos resumir que la atención de enfermería en pacientes con síndrome de Down es fundamental para el bienestar de estos pacientes. Tiene gran importancia que los profesionales de la salud y los cuidadores estén capacitados para brindar una atención personalizada y centrada en el paciente de forma individual, y que se fomente la inclusión social y la igualdad de oportunidades para los pacientes con síndrome de Down. Al trabajar juntos para satisfacer las necesidades únicas de cada paciente, podemos mejorar la calidad de vida de las personas con síndrome de Down y sus familias.

6 Bibliografía

Ceballos-Villegas, S., Ortiz-Guerra, J. J., & Arango-Angarita, A. (2019). Síndrome de Down: actualización para la atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Médica Sanitas*, 22(2), 59-69. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/931/93160540007/html/index.html>

Fuentes-Aparicio, V., Martín-Carretero, C., & Muriel-Palomino, M. (2018). Atención enfermera al paciente con síndrome de Down. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(1), 29-34. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfims/im-2018/im181c.pdf>

Capítulo 21

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE REASIGNACIÓN DE GÉNERO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

EVELYN MORENO MONZÓN

STEPHANIE LIARTE

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

MELANIA GONZALEZ GUERRA

1 Introducción

La cirugía de reasignación de género es un procedimiento quirúrgico que busca adecuar los genitales externos de una persona a su identidad de género. Aunque la cantidad de personas que se someten a esta cirugía es relativamente baja en comparación con otros procedimientos quirúrgicos, es fundamental que los profesionales de la salud estén preparados para brindar atención especializada y de calidad a estos pacientes.

El período postoperatorio de la cirugía de reasignación de género es crítico para el proceso de recuperación del paciente. Por lo tanto, los cuidados de enfermería

que se brindan en esta fase son cruciales para evitar complicaciones y promover una recuperación óptima.

Este trabajo se enfoca en describir los cuidados de enfermería necesarios durante el postoperatorio de la cirugía de reasignación de género. Se analiza la importancia de una evaluación constante del estado de salud del paciente, técnicas específicas de cuidado de heridas, tratamiento del dolor y la inflamación, y el apoyo emocional necesario durante todo el proceso de recuperación.

Es crucial que los pacientes que se someten a una cirugía de reasignación de género reciban atención personalizada y de calidad por parte de los profesionales de la salud. Al proporcionar cuidados de enfermería apropiados, se puede asegurar una recuperación exitosa y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

Proporcionar información sobre los cuidados de enfermería necesarios en el postoperatorio de la cirugía de reasignación de género, con el fin de asegurar una recuperación satisfactoria del paciente

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en el postoperatorio de cirugía de reasignación de género, 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

Durante el postoperatorio de la cirugía de reasignación de género, los cuidados de enfermería son fundamentales para la recuperación satisfactoria del paciente. A continuación, se detallan los cuidados necesarios para asegurar una recuperación exitosa:

En primer lugar, es importante realizar una evaluación constante del estado de salud del paciente. Esto implica controlar la temperatura, presión arterial, fre-

cuencia cardíaca, respiración y cualquier signo de infección o inflamación. Es vital que los signos vitales del paciente sean monitoreados regularmente para detectar cualquier posible complicación.

En segundo lugar, se deben utilizar técnicas específicas de cuidado de heridas para prevenir infecciones y promover una cicatrización adecuada. Es importante que el personal de enfermería tenga habilidades y conocimientos suficientes para cuidar de la herida quirúrgica y evitar posibles complicaciones.

En tercer lugar, el tratamiento del dolor y la inflamación es esencial para la recuperación del paciente. El dolor postoperatorio puede ser intenso y prolongado, por lo que es necesario utilizar analgésicos adecuados para controlar el dolor y disminuir la inflamación.

Por último, es fundamental proporcionar apoyo emocional al paciente durante todo el proceso de recuperación. La cirugía de reasignación de género puede tener un impacto significativo en la salud mental y emocional del paciente, por lo que es necesario brindar un ambiente seguro y cómodo donde el paciente se sienta comprendido y apoyado. Los cuidadores deben estar disponibles para proporcionar apoyo y orientación durante el proceso de recuperación.

Los cuidados de enfermería en el postoperatorio de la cirugía de reasignación de género deben ser personalizados y abordados de manera integral. La evaluación constante del estado de salud del paciente, técnicas específicas de cuidado de heridas, tratamiento del dolor y la inflamación, y el apoyo emocional son fundamentales para garantizar una recuperación exitosa del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la cirugía de reasignación de género es un procedimiento complejo que requiere de cuidados de enfermería específicos durante el postoperatorio. Los cuidados adecuados son esenciales para garantizar una recuperación satisfactoria del paciente y prevenir posibles complicaciones.

La evaluación constante del estado de salud del paciente, técnicas de cuidado de heridas, tratamiento del dolor y la inflamación, y el apoyo emocional son aspectos cruciales en el proceso de recuperación del paciente. Los profesionales de la salud deben estar capacitados para brindar atención especializada y personalizada a los pacientes que se someten a la cirugía de reasignación de género.

Además, es importante destacar la importancia de la educación y el asesoramiento adecuado antes y después de la cirugía para garantizar una recuperación exitosa. Los pacientes deben ser informados sobre los cuidados que deben seguir y los posibles efectos secundarios para poder tomar decisiones informadas y sentirse seguros durante todo el proceso.

6 Bibliografía

Guía de práctica clínica para el tratamiento integral de personas con trastornos de identidad de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017.
Cuidados de enfermería en el postoperatorio de la cirugía de reasignación de género. Carmen Martín Martínez. Enfermería Global. 2018.
Guía de atención sanitaria para personas transexuales. Gobierno de España. 2019.

Capítulo 22

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA DISNEA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

MELANIA GONZALEZ GUERRA

EVELYN MORENO MONZÓN

STEPHANIE LIARTE

1 Introducción

La atención de enfermería en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas incluye el manejo de la disnea, un síntoma común que puede afectar la calidad de vida del paciente. La disnea puede limitar la capacidad del paciente para realizar actividades diarias y puede tener un impacto en su bienestar emocional y mental.

Para abordar la disnea en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, es importante implementar medidas efectivas como la evaluación exhaustiva de los síntomas, la terapia respiratoria, la oxigenoterapia y la administración de medicamentos. La enfermera juega un papel importante en la implementación de estas medidas y en la monitorización del progreso del paciente.

Es importante destacar que el manejo de la disnea debe ser individualizado y adaptado a las necesidades y preferencias del paciente. La colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud, como médicos y fisioterapeutas, es esencial para garantizar un enfoque integral y coordinado en el manejo de la disnea en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Además, la prevención de la disnea en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas es fundamental. La enfermera puede desempeñar un papel clave en la promoción de la salud respiratoria y en la educación del paciente sobre la importancia de evitar los factores desencadenantes y de mantener un estilo de vida saludable.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es explorar y describir las intervenciones de enfermería en el manejo de la disnea en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el protocolo de enfermería en el manejo de la disnea en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, 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 manejo de la disnea en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas requiere un enfoque cuidadoso e individualizado. La enfermera debe realizar una evaluación exhaustiva de los síntomas y la situación del paciente para determinar las mejores medidas para abordar la disnea.

La administración de oxigenoterapia y medicamentos es una opción común para el manejo de la disnea en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. La enfermera debe estar familiarizada con los diferentes tipos de medicamen-

tos disponibles, su mecanismo de acción y las posibles interacciones y efectos secundarios.

La terapia respiratoria también es una medida efectiva para el manejo de la disnea en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. La enfermera puede ayudar al paciente a realizar ejercicios de respiración y a utilizar dispositivos de asistencia respiratoria, como el respirador de presión positiva continua en las vías respiratorias.

Además, la educación del paciente es crucial para el manejo de la disnea en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. La enfermera debe informar al paciente sobre las medidas de prevención de la disnea, como evitar los factores desencadenantes y mantener un estilo de vida saludable.

La colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud es esencial para garantizar un enfoque integral y coordinado en el manejo de la disnea en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. La enfermera debe trabajar en estrecha colaboración con médicos y fisioterapeutas para garantizar la mejor atención para el paciente.

El manejo de la disnea en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas requiere un enfoque cuidadoso e individualizado que incluye la evaluación exhaustiva de los síntomas, la administración de oxigenoterapia y medicamentos, la terapia respiratoria y la educación del paciente. La colaboración interdisciplinaria y la atención continua son esenciales para garantizar la mejor atención para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el manejo de la disnea en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas exige un abordaje cuidadoso y personalizado que contemple la evaluación minuciosa de los síntomas y la situación individual del paciente.

Entre las opciones de tratamiento para la disnea en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, se encuentran la administración de oxigenoterapia y medicamentos, así como la terapia respiratoria, que incluye ejercicios de respiración y dispositivos de asistencia respiratoria. Además, la educación del paciente es crucial en la prevención y manejo de la disnea.

Para lograr un enfoque integral y coordinado en el manejo de la disnea, la colabo-

ración interdisciplinaria entre profesionales de la salud es esencial. La enfermera debe trabajar en estrecha colaboración con médicos y fisioterapeutas para garantizar la mejor atención para el paciente.

6 Bibliografía

- Pérez-Padilla, R., García-Sancho, C., Fernández, R., & Martínez-Cambor, P. (2016). Guía clínica de diagnóstico y tratamiento de la disnea. *Archivos de Bronconeumología*, 52(9), 473-484. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030028961630108X>
- Barreiro, E., García-Bello, M. A., Rodríguez-Panadero, F., Sánchez-Palop, M., & Puente-Maestu, L. (2018). Manejo de la disnea en enfermedades respiratorias crónicas. *Archivos de Bronconeumología*, 54(8), 421-432. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289618300436>

Capítulo 23

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

STEPHANIE LIARTE

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

MELANIA GONZALEZ GUERRA

EVELYN MORENO MONZÓN

1 Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) es una condición neurológica que se caracteriza por dificultades en la comunicación, la interacción social y la conducta. Esta patología afecta a personas de distintas edades, géneros, etnias y niveles socioeconómicos, y su prevalencia ha experimentado un aumento significativo en las últimas décadas. Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 1 de cada 160 niños en todo el mundo presenta TEA.

Los signos y síntomas asociados al TEA pueden variar de manera considerable entre individuos, abarcando desde problemas en la comunicación verbal y no verbal hasta dificultades para comprender y utilizar el lenguaje, comportamientos repetitivos y restringidos, intereses limitados y una respuesta excesiva o insuficiente a

los estímulos sensoriales, así como dificultades para adaptarse a los cambios. Dichos síntomas pueden afectar la capacidad de las personas para interactuar con otros y para llevar a cabo actividades cotidianas.

La atención sanitaria especializada de pacientes con TEA requiere de un enfoque multidisciplinar en el que la enfermería juega un rol crucial. Los cuidados de enfermería apropiados pueden mejorar sustancialmente la calidad de vida de las personas con TEA, fomentando su bienestar emocional y físico.

En el cuidado de pacientes con TEA, la enfermería tiene como objetivo identificar las necesidades específicas de cada paciente, crear un ambiente de atención seguro y confortable, fomentar la autonomía e independencia del paciente y colaborar con otros profesionales sanitarios para proporcionar un cuidado integral y multidisciplinar.

2 Objetivos

El principal objetivo del documento es proporcionar información sobre los cuidados de enfermería en pacientes con trastornos del espectro autista (TEA).

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con trastornos del espectro autista, 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 trastornos del espectro autista (TEA) es un área crítica que requiere una comprensión detallada de las necesidades individuales de cada paciente. Los pacientes con TEA presentan una amplia gama de síntomas y necesidades de atención, lo que dificulta su cuidado y puede requerir enfoques de atención individualizados y multidisciplinarios.

La enfermería en el cuidado de pacientes con TEA debe abordar de manera específica las necesidades del paciente, incluyendo la comunicación, la interacción

social y la conducta. Para ello, es necesario establecer una comunicación clara y efectiva con el paciente y su familia, adaptándose a sus necesidades y preferencias individuales.

Además, el enfermero debe trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, como psicólogos, terapeutas ocupacionales y logopedas, para proporcionar un cuidado integral y multidisciplinario que promueva la autonomía y la independencia del paciente. Esto implica abordar tanto los problemas de salud física como los psicológicos y emocionales, brindando un enfoque integral que mejore la calidad de vida del paciente.

La atención de enfermería adecuada también incluye la gestión de la conducta del paciente, que puede ser un aspecto crítico en el cuidado de pacientes con TEA. Los enfermeros deben estar capacitados en técnicas de manejo de conducta y en la identificación de posibles factores desencadenantes que puedan causar ansiedad o estrés en el paciente, con el fin de prevenir situaciones de crisis y promover un ambiente de atención seguro y confortable.

Es importante que los enfermeros también brinden apoyo emocional y psicológico al paciente con TEA y a sus familias, informándoles sobre los recursos disponibles y ayudándolos a comprender la naturaleza del trastorno y las estrategias de manejo para afrontar los desafíos que se presenten.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado de enfermería en pacientes con trastornos del espectro autista (TEA) requiere una atención individualizada y multidisciplinaria para abordar las necesidades específicas de cada paciente. La colaboración con otros profesionales de la salud es esencial para proporcionar un enfoque integral que mejore la calidad de vida del paciente.

Los enfermeros deben estar capacitados en técnicas de manejo de conducta y en la identificación de posibles factores desencadenantes que puedan afectar negativamente al paciente. También es importante brindar apoyo emocional y psicológico tanto al paciente como a sus familiares, informándoles sobre los recursos disponibles y ayudándolos a comprender mejor el trastorno.

6 Bibliografía

Arango, C., Rivera, D., & De la Cruz, J. (2014). Trastornos del espectro autista. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(Supl. 1), 18S-26S.

Fernández-Álvarez, C., García-López, L. J., & Díaz-Rodríguez, I. (2016). Trastornos del espectro autista: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), 161-170.

Martínez, S., & García, A. (2018). Atención enfermera en el paciente con autismo. *Enfermería Clínica*, 28(Supl. 1), 116-119.

Capítulo 24

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON VIH/SIDA

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

EVELYN MORENO MONZÓN

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

STEPHANIE LIARTE

MELANIA GONZALEZ GUERRA

1 Introducción

La infección por VIH es una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en todo el mundo. Se transmite principalmente a través de relaciones sexuales no protegidas, el uso de drogas intravenosas y la transmisión de madre a hijo durante el parto o la lactancia. El VIH ataca el sistema inmunológico del cuerpo, lo que lo hace vulnerable a infecciones y enfermedades graves. Con el tiempo, la infección por VIH puede progresar a SIDA, lo que puede tener consecuencias graves para la salud. Los pacientes con VIH/SIDA necesitan una atención especializada y un cuidado adecuado para mantener su calidad de vida y prevenir complicaciones.

Posible reescritura: La infección por VIH es una patología crónica que afecta a una gran cantidad de personas en todo el mundo. Esta enfermedad se transmite predominantemente a través de relaciones sexuales sin protección, el consumo

de drogas por vía intravenosa y de la transmisión de la madre al hijo durante el parto o la lactancia. El VIH daña el sistema inmunológico, lo que lo hace susceptible a enfermedades e infecciones graves. Con el tiempo, la infección por VIH puede evolucionar a SIDA, con consecuencias graves para la salud. Por lo tanto, los pacientes con VIH/SIDA requieren cuidados especializados y adecuados para mantener su calidad de vida y evitar complicaciones.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es proporcionar información sobre los cuidados de enfermería en pacientes con VIH/SIDA, incluyendo su importancia, los aspectos que deben abordarse en la atención y las mejores prácticas en el manejo de la infección por el virus.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con VIH/SIDA., 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 VIH/SIDA implica una atención integral y multidisciplinaria. Los pacientes con VIH/SIDA requieren una atención personalizada que incluya la educación y el asesoramiento, la administración adecuada de medicamentos, la prevención y el tratamiento de infecciones, el control de síntomas y el apoyo emocional y social.

La educación y el asesoramiento son fundamentales para que los pacientes entiendan su condición y sigan el tratamiento adecuadamente. Los enfermeros deben proporcionar información clara y precisa sobre la enfermedad, la medicación y los efectos secundarios posibles. También deben ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades de autocuidado y a aprender a prevenir la transmisión del VIH a otras personas.

La administración adecuada de medicamentos es esencial para el control de la

infección por VIH. Los enfermeros deben asegurarse de que los pacientes tomen sus medicamentos según lo prescrito y controlar los efectos secundarios. Los pacientes también deben ser conscientes de la importancia de seguir su tratamiento de manera constante para mantener su salud.

La prevención y el tratamiento de infecciones son cruciales para la salud de los pacientes con VIH/SIDA. Los enfermeros deben estar alerta a cualquier signo de infección y tomar medidas preventivas, como la administración de vacunas y el control de la higiene. También deben ser capaces de identificar y tratar cualquier infección de manera oportuna y adecuada.

El control de síntomas es importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA. Los enfermeros deben estar atentos a los síntomas que experimentan los pacientes y proporcionar el tratamiento adecuado para aliviar el dolor y el malestar.

El apoyo emocional y social es crucial para la atención de pacientes con VIH/SIDA. Los enfermeros deben estar preparados para abordar las cuestiones relacionadas con la estigmatización y la discriminación y proporcionar apoyo emocional y social a los pacientes y sus familias. Los pacientes con VIH/SIDA enfrentan muchos desafíos, y es importante que los enfermeros sean sensibles a sus necesidades y brinden el apoyo adecuado para ayudarles a manejar la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los pacientes con VIH/SIDA requieren una atención de enfermería integral y personalizada que aborde los múltiples aspectos de su condición. Los cuidados deben incluir la educación y el asesoramiento para que los pacientes entiendan su condición y sigan el tratamiento adecuado. Los enfermeros también deben asegurarse de que los pacientes tomen sus medicamentos de manera constante y controlar los efectos secundarios. La prevención y el tratamiento de infecciones son cruciales para la salud de los pacientes, y los enfermeros deben estar preparados para identificar y tratar cualquier infección de manera oportuna y adecuada. Además, es importante que los enfermeros proporcionen apoyo emocional y social a los pacientes y sus familias, ya que la estigmatización y la discriminación son un problema común que enfrentan los pacientes con VIH/SIDA.

6 Bibliografía

"Atención de enfermería en pacientes con VIH/SIDA" por Diana Rincón Galindo y Johana Milena Medina (2019) en Revista Cuidarte.

"Cuidados de enfermería en pacientes con VIH/SIDA" por Luisa María Pérez Rodríguez y Ángela María Hernández Moya (2016) en Revista Enfermería Global.

"Manejo integral del paciente con VIH/SIDA" por María Fernanda Rodríguez Téllez y Liliana María Díaz Londoño (2019) en Revista Hacia la Promoción de la Salud.

Capítulo 25

ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNOS DEL SUEÑO

COROMOTO DEL CARMEN VALERÓN SANTANA

STEPHANIE LIARTE

MELANIA GONZALEZ GUERRA

EVELYN MORENO MONZÓN

AITANA GONZÁLEZ MONZÓN

1 Introducción

Los trastornos del sueño son un conjunto de alteraciones que pueden afectar la calidad y la cantidad del sueño, así como la capacidad de las personas para llevar a cabo sus actividades diarias. Estos trastornos son muy comunes en la población, ganando gran relevancia en la actualidad y pueden tener múltiples causas, incluyendo factores psicológicos, fisiológicos y ambientales.

Dada la importancia del sueño para la salud y el bienestar de las personas, es esencial que los profesionales de la salud, y en particular los enfermeros, estén capacitados para identificar, evaluar y tratar estos trastornos. Para ello, es necesario contar con una sólida formación teórica y práctica en el área de los trastornos del sueño, así como con herramientas y estrategias efectivas para el manejo de estos problemas.

En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo revisar la literatura científica sobre la atención de enfermería a pacientes con trastornos del sueño, con el propósito de ofrecer una visión actualizada y crítica del estado del conocimiento en esta área. Se abordarán temas como la epidemiología de los trastornos del sueño, los diferentes tipos de trastornos del sueño, las herramientas de diagnóstico y evaluación, así como las estrategias terapéuticas y de prevención más efectivas.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es analizar las funciones enfermeras en la atención a pacientes con trastornos del sueño.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el protocolo de enfermería y la atención a pacientes con trastornos del sueño, 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 la atención de enfermería a pacientes con trastornos del sueño, es esencial llevar a cabo una adecuada evaluación y diagnóstico para identificar el tipo y la gravedad del trastorno, y así poder establecer el tratamiento más adecuado.

Entre las herramientas de evaluación más utilizadas se encuentran los cuestionarios, escalas y diarios de sueño, que permiten conocer la duración, la calidad y los patrones del sueño, así como la presencia de síntomas como la somnolencia diurna o el insomnio.

En cuanto a los tratamientos, estos pueden ser farmacológicos o no farmacológicos. Entre los primeros se encuentran los hipnóticos y sedantes, que pueden ser útiles en casos de insomnio, pero que también presentan efectos secundarios y riesgos de dependencia. Por otra parte, los tratamientos no farmacológicos incluyen medidas de higiene del sueño, terapia cognitivo-conductual, terapia de luz y terapia de relajación, entre otras.

En la atención de enfermería a pacientes con trastornos del sueño también es importante abordar factores como la educación y el asesoramiento sobre hábitos de sueño saludables, la promoción de un entorno adecuado para dormir, el manejo del estrés y la ansiedad, y la prevención de trastornos del sueño relacionados con otras enfermedades.

Es necesario destacar que la atención de enfermería a pacientes con trastornos del sueño debe ser integral y centrada en el paciente, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias individuales de cada persona. Además, es importante establecer una comunicación efectiva y una relación de confianza con el paciente, para favorecer su participación activa en el proceso de tratamiento y su adherencia a las recomendaciones.

Los pacientes con trastornos del sueño pueden necesitar atención adicional en el hogar para garantizar que se adhieran al tratamiento prescrito y para monitorear su progreso. Los enfermeros pueden desempeñar un papel importante en la educación de los pacientes y sus familias sobre los cuidados en el hogar y en la identificación de cualquier problema potencial.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los trastornos del sueño son una preocupación de salud global que puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes. La enfermería desempeña un papel vital en la atención a pacientes con trastornos del sueño, a través de la evaluación, el tratamiento, el cuidado en el hogar y la educación. Los enfermeros pueden ayudar a los pacientes a manejar sus trastornos del sueño y mejorar su salud y bienestar. Además, la enfermería también puede desempeñar un papel importante en la prevención de los trastornos del sueño a través de la educación sobre medidas preventivas y la identificación de factores de riesgo.

6 Bibliografía

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño en adultos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2017/03/GPC_522_Trastornos_Sueno_Adultos_AIAQS_compl.pdf
Pérez-Chada, D., Pérez-Lloret, S., Videla, A. J., Cardinali, D. P., & Bergna, M. A. (2016). Trastornos del sueño y fatiga: un enfoque integral. *Revista de neurología*,

63(10), 449-457. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2016184>

Capítulo 26

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR ¿QUÉ CUIDADOS NECESITA?

JUAN EMILIO NAVARRO ROGNONI

NATALIYA TYUKALOVA

IVAN POVEDA CANTERO

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

YOLANDA MORENO PÉREZ

1 Introducción

En el mundo, las enfermedades mentales son un grave problema de salud pública, donde representan costos sociales y económicos sustanciales y negativos tanto directa como indirectamente sobre la paciente, su entorno y la sociedad en general. Aunque la definición del término "enfermo mental" ha cambiado recientemente, este tipo de paciente se suele denominar "loco", "peligroso" o "enfermo mental". Tales como son los prejuicios pueden causar discriminación en las interacciones sociales y particularmente en el trabajo, lo cual afecta la forma en que estas personas viven sus vidas normales de desarrollo.

Es crucial comprender que una de las responsabilidades de los enfermeros/as en el campo de la atención de la salud es educar al público sobre las personas que

luchan con problemas de salud mental y crear conciencia sobre la importancia de prevenir la exclusión social de estos pacientes mientras se fomenta la independencia.

Aunque ocasionalmente puede aparecer en personas más jóvenes, normalmente se manifiesta entre los 20 y los 30 años, ya sea en la primera infancia o en una edad muy avanzada. Ocurre con la misma frecuencia en ambos sexos. Se puede dividir en dos subgrupos: trastorno esquizoafectivo depresivo, que incluye únicamente episodios depresivos mayores, y trastorno esquizoafectivo bipolar, que incluye también episodios maníacos o mixtos.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es demostrar la preocupación y el cuidado del personal de enfermería por un paciente con trastorno bipolar.

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

El problema principal es la gestión sanitaria ineficaz provocada por la falta de interacción y conocimiento. Se programan reuniones con el paciente para ayudarlo a cumplir con los pasos recomendados, lo que aumentará el conocimiento y fomentará la independencia.

Según donde se presente la enfermedad, el trastorno depresivo altera no solo al paciente sino a todo su entorno.

Los planes de atención a las personas con enfermedades mentales están diseñados para preservar al máximo la propia autonomía del paciente.

La salud mental requiere una cantidad cada vez mayor de recursos a medida que aumenta el número de casos y se necesitan más especialistas e investigación para mejorar la situación y frenar esta enfermedad bien con remedios existentes o con la investigación de nuevos fármacos.

Como personal de enfermería, debemos proporcionar la gama más amplia de tratamientos, evaluar minuciosamente al paciente y personalizar nuestras intervenciones para el paciente.

El retraimiento social, la pérdida de interés por los estudios o el trabajo y los trastornos de conducta pueden aparecer junto con la enfermedad. Es posible identificar la enfermedad cuando aparece por primera vez un comportamiento extraño porque coincide con una fase activa, la presencia de síntomas, cuánto tiempo duran y qué hacen se tendrán en cuenta en el diagnóstico. la vida del paciente. Para descartar otros tipos de enfermedades, se realizan más pruebas, como análisis de sangre y orina, escáneres cerebrales y análisis de orina que podría explicar el cuadro clínico.

Aunque existen varias causas potenciales, aún no se conoce la causa biológica de este trastorno, hay teorías que indican un problema con varios sistemas de neurotransmisión donde los impulsos nerviosos en el cerebro pueden verse alterados por una serie de factores genéticos o hereditarios, además de desencadenantes como la familia, la farmacología y el consumo de drogas.

5 Discusión-Conclusión

La mejor opción para tratar la autonomía del paciente en el tratamiento es utilizar la combinación más popular de farmacología y rehabilitación. Se debe enfatizar la importancia de brindar apoyo disciplinario a otros profesionales de la salud, así como un plan de intervención individualizado y específico para el paciente.

Dado que las intervenciones biológicas sociales incluyen una serie de medidas dirigidas a reducir los síntomas de los pacientes estresados, facilitando la recuperación, presionándolos para que se adapten y obligándolos a utilizar métodos de mejora y protección de las familias, sociales, el papel de enfermería es crucial en el aprendizaje, en el proceso de manejo de la enfermedad. la información, la instrucción y formación del paciente. Estas intervenciones podrían concentrarse en la efectividad de los problemas sociales, el desarrollo de habilidades sociales y la prevención de recaídas.

6 Bibliografía

Asociación psiquiátrica Española. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de España Salud Ment. 2017; 37(1):1-120

Capítulo 27

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DIAGNÓSTICO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA

JUAN EMILIO NAVARRO ROGNONI

NATALIYA TYUKALOVA

IVAN POVEDA CANTERO

YOLANDA MORENO PÉREZ

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

1 Introducción

El sangrado digestivo se define como la pérdida de sangre a través del aparato digestivo que se produce en una situación de urgencia y provoca actuaciones que hacen necesario el ingreso hospitalario urgente del paciente para prevenir o tratar el shock hipovolémico, esto se logrará mediante un examen inmediato, la pronta identificación de la lesión sangrante y el inicio del tratamiento con un objetivo hemostático o curativo.

El sangrado superior y el sangrado inferior se pueden distinguir entre sí aunque ambos pueden aumentar la probabilidad de un episodio de shock hipovolémico, la hemorragia digestiva alta es la que lo hace con mayor frecuencia.

La úlcera duodenal, la úlcera gástrica y las várices esofágicas son algunas de las causas más comunes de hemorragia digestiva alta.

Será crucial y de crucial importancia determinar la extensión de cualquier sangrado gastrointestinal. La evaluación y el control continuos de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la perfusión periférica son necesarios para cuantificar más o menos la cantidad de hemorragia. Esto incluye tanto sentarse como acostarse.

En la hemorragia digestiva leve, la presión arterial y la frecuencia cardíacas se encuentran en situación normal, en este suceso se reduce la volemia en un máximo del 10%, que es aproximadamente de unos 500 ml.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo consistirá en describir que es la hemorragia digestiva y los diagnósticos del personal de enfermería relativos a la misma.

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

Ante un paciente que presenta hemorragia digestiva, se deben considerar los siguientes diagnósticos de enfermería:

- La posibilidad de un déficit de volumen de líquido que podría provocar una hemorragia.
- Dolor provocado por la enfermedad.
- Falta de comprensión de las restricciones dietéticas, que exigen cambios en el estilo de vida del paciente.
- La posibilidad de ansiedad como resultado de su hospitalización.

Una de las causas de muerte más comunes entre las enfermedades hepáticas es el sangrado digestivo, que tiene como factor etiológico las várices esofágicas. Algunos pacientes con patologías de base, como la diabetes mellitus, pueden enmas-

carar una vasculopatía como consecuencia de su enfermedad. Puede permanecer en silencio hasta que los cambios hemodinámicos comiencen a mostrarse.

Por lo general, estos son provocados por eventos como sangrado gastrointestinal superior por várices esofágicas, que pueden provocar isquemia hepática aguda y tener una tasa de mortalidad de aproximadamente el 50% (4).

Por ello, las actuaciones a realizar con el paciente serán realizar una valoración exhaustiva del mismo, que permita identificar cualquier signo o síntoma que pueda apuntar a una posible hemorragia, como por ejemplo:

- Hipotensión
- Frecuencia cardíaca aumentada: Taquicardia
- Hematemesis y/o melenas
- Sudoración excesiva: Diaforesis
- Palidez de piel y mucosas
- Controlar las constantes vitales.
- Informar sobre el proceso de su enfermedad al paciente.
- Establecer al menos dos vías venosas periféricas de grueso calibre y catéter corto para administrar fluidoterapia según las necesidades que requiera el paciente, siempre antes prescritas por el personal médico.
- Valoración de si el paciente precisa oxigenoterapia, comenzándola en tal suceso.
- Colocar una sonda nasogástrica para realizar lavado gástrico con suero fisiológico, aunque actuales estudios nos referencian que esta práctica es ineficaz para controlar el sangrado, ya que puede alterar la coagulación.
- Administrar medicación según la pauta del personal médico, incluyendo si precisara analgesia.

5 Discusión-Conclusión

Para adecuar las intervenciones de enfermería a la patología y sus necesidades, será fundamental realizar diagnósticos de enfermería precisos y adecuados a la patología del paciente.

Sin embargo, se determina que la educación para la salud es fundamental porque ayudará al paciente a desarrollar mejores hábitos de higiene alimentaria. Durante este proceso siempre se debe tener en cuenta la tolerancia, el nivel de conciencia y el estado general de salud del paciente.

Para asegurar que el paciente está recibiendo los cuidados adecuados, también será necesario realizar evaluaciones periódicas de enfermería que impliquen la observación directa del paciente y la coherencia en el plan de cuidados.

6 Bibliografía

-Pérez ara, F.J, Ferrer Berges, A, Ramírez plaza, C.P, De la fuente Perucho, A. Urgencias quirúrgicas en atención primaria. 3a edición. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2016.

Capítulo 28

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO

JUAN EMILIO NAVARRO ROGNONI

IVAN POVEDA CANTERO

MARÍA JULIA GÓMEZ GOMEZ

YOLANDA MORENO PÉREZ

NATALIYA TYUKALOVA

1 Introducción

Cuando se brinda atención de enfermería, particularmente a pacientes que se acercan al final de sus vidas, el personal de enfermería de oncología es esencial. El cuidado de hospicio brinda asistencia a quienes se acercan a la muerte por enfermedades incurables. En lugar de curarlos, el objetivo es brindarles consuelo y paz. Estos servicios te dan:

- Asistencia a la familia del paciente.
- Se alivian los síntomas y el dolor del paciente.
- Ayuda a los seres queridos y familiares que desean permanecer cerca de una persona moribunda.

La mayoría de los pacientes creen que cuando se inicia el proceso de hospicio y cuidados paliativos, su equipo médico los está dejando atrás y simplemente están esperando fallecer. Por el contrario, se ha demostrado que la introducción tem-

prana de cuidados paliativos en la trayectoria de la enfermedad de un paciente puede facilitar la transición de la fase curativa a la paliativa.

De esta forma, los cuidados de enfermería son cada vez más necesarios para los pacientes que se encuentran en estadios finales de cáncer mientras que el tratamiento médico es cada vez menos necesario. Los profesionales de enfermería oncológica son esenciales para la prestación de los cuidados de enfermería, especialmente a los pacientes que se acercan al final de sus vidas, por esta razón.

2 Objetivos

Examinar a nivel fundamental los cuidados que requieren los pacientes terminales, así como las herramientas para brindarles un buen apoyo emocional y una comunicación efectiva, con el fin de mejorar su calidad de vida.

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

Según un estudio, el enfoque del tratamiento para los pacientes con cáncer debería cambiar del tratamiento curativo activo a los cuidados paliativos al final de la vida, cuando la terapia curativa ya no es eficaz o el paciente no puede tolerarla. Los pacientes en etapa terminal necesitan un tratamiento y atención adecuados, razón por la cual se desarrollaron los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos implican satisfacer los requisitos físicos, mentales, emocionales, sociales y espirituales del paciente con cáncer, así como promover la autonomía del paciente, el acceso a la información y las opciones de planificación de la muerte.

Ante esta circunstancia, el cuidado de enfermería se destaca a la hora de brindar cuidados; los pacientes que recibieron atención de enfermeras con formación y experiencia obtuvieron puntajes más altos; las enfermeras a cargo de los cuidados paliativos se asociaron con una buena muerte del paciente; y las enfermeras a cargo de cuidados paliativos se asociaron con una buena muerte del paciente.

Además de otros, existen varios tipos de cuidados para pacientes terminales. aliviar las molestias y los signos.

- Evite intentar acelerar o posponer la muerte.
- Atención integral: cubrir las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales del paciente.
- Proporcionar una red de apoyo para ayudar a las familias a adaptarse a la enfermedad y la pérdida de un paciente. Una unidad a tratar es el paciente y su familia.
- Pueden usarse en una etapa temprana del desarrollo de una enfermedad junto con otras terapias que pueden prolongar la supervivencia, como la radioterapia o la quimioterapia. También abarcan la lamentación.
- Mejoran la calidad de vida y tienen un impacto positivo en el desarrollo de la enfermedad.

El cuidado de la familia y el entorno del paciente terminal también debe ser una prioridad porque también tiene un importante impacto emocional en ellos.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado de enfermería se debe dar con énfasis en la persona en su totalidad, teniendo en cuenta las necesidades del paciente con cáncer. La revisión encontró que el cuidado de enfermería promovió la independencia, la comodidad física, la comodidad psicológica y la comodidad espiritual. También encontró que el cuidado de enfermería fomentó discusiones tempranas y continuas sobre el lugar preferido de cuidado y muerte del paciente, el inicio del marco de alta al final de la vida y la extensión temprana a la comunidad que apoya una muerte digna.

Por lo tanto, el personal de enfermería oncológica debe brindar cuidados centrados en la persona y la familia; debe participar en la comunicación con el paciente, la planificación anticipada de la atención, la atención para reducir la angustia y el sufrimiento desde el diagnóstico hasta la muerte, todo para brindar una atención integral del cáncer de calidad mediante la incorporación de los principios primarios de atención paliativa en la atención del cáncer; físicos, psicológicos, espirituales y emocionales.

6 Bibliografía

- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-del-profesional-de-enfermeria-hacia-pacientes-oncologicos-en-etapa-terminal-una-revision-de-la-literatura/>

Capítulo 29

SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN: ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y DESNUTRICIÓN CERO

LUISA IRIBARREN LOPEZ

MARIA SALVATIERRA SALVATIERRA

MARÍA ARANGUREN SESMA

AINHOA SOLA ONECA

SILVIA RODRIGO GARCIA

1 Introducción

El punto de partida para el presente trabajo es la participación, en el diseño e implementación de una intervención de sensibilización y promoción de hábitos de alimentación saludable para la población infantil, en Pamplona. La participación nace durante la realización del periodo de prácticas profesionales del Máster en "Promoción de la Salud y Desarrollo Social".

La intervención "Alimentación Saludable y Desnutrición Cero" diseñada por la organización Medicus Mundi Navarra Aragón Madrid (MM NAM) se enmarca dentro de un proyecto más amplio, financiado por el Ayuntamiento de Pamplona y realizado en un contexto de cooperación al desarrollo, en la región de los andes bolivianos.

El proyecto, “Desnutrición Cero y alimentación saludable, a través del Desarrollo Económico Local en el municipio de Caripuyo” contempla, dentro de sus áreas de acción, la realización de actividades de sensibilización a la población de Pamplona.

Para ello MM NAM, contando con la experiencia y trayectoria profesional en el diseño de este tipo de actividades, ha confeccionado no solo un trabajo de sensibilización, sino también, con enfoque en la promoción de la salud, una intervención dirigida a promover hábitos de alimentación saludable en la población infantil local, ofreciendo recomendaciones nutricionales a niños y niñas de 0 a 5 años de edad.

La intervención diseñada por MM NAM tiene por tanto dos ejes de actuación. Por un lado, va dirigida a sensibilizar a la población de Pamplona a cerca del proyecto de cooperación al desarrollo que tiene lugar en Bolivia. Por otro lado, busca aumentar la alfabetización y el conocimiento, en materia de hábitos de alimentación saludable de la población que proporciona el cuidado de los niños y niñas en edad infantil.

Se apuesta por el derecho a una alimentación adecuada para todas las personas, todas las culturas y todos los pueblos, un derecho reconocido internacionalmente e incluido entre los Derechos de la Infancia. Se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Asimismo, las actividades previstas son concordantes con las recomendaciones del Programa de Salud Infantil de los Centros de Navarra tanto del ámbito sanitario como de educación, donde van a implicarse en el desarrollo de la intervención y con la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) en materia de nutrición.

Tras conocer, participar y aprender de dicha intervención, se ha consultado y considerado pertinente, efectuar un trabajo de investigación, con el propósito de reflexionar sobre aspectos concretos del proyecto, desde la mirada crítica de los actores implicados.

De este modo, el tema elegido para la redacción del Trabajo de Fin de Máster consiste en la sistematización de la intervención de sensibilización y promoción de la salud “Alimentación Saludable y Desnutrición Cero”, llevada a cabo por la organización MM NAM en Pamplona, con la contribución de otras personas competentes de fuera de la organización, pertenecientes a instituciones de referencia en relación a los temas.

Sistematizar es, según el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH): “Registrar, de manera ordenada, una experiencia que deseamos compartir con

los demás, combinando el quehacer con su sustento teórico, y con énfasis en la identificación de los aprendizajes alcanzados en dicha experiencia”. (1)

Se trata de un proceso de investigación que proporciona información sobre una intervención determinada y que resulta indispensable para entender la naturaleza de la misma, comprenderla y luego poder utilizarla para distintos fines. Pretende recuperar la experiencia de una intervención mediante una descripción coherente, organizada y reflexiva de la práctica, a fin de generar conocimiento que permita comprender y aprender de lo ocurrido. Se basa en un enfoque cualitativo. Otorga importancia a la voz de los actores implicados, considerando la interpretación y enfatizando la comprensión que estos hacen de su realidad.

Según la “Guía para la Sistematización de Intervenciones en Salud Pública y Promoción de la Salud” de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES): “Por su carácter reflexivo y generador de conocimiento a partir de la práctica, sistematizar es una tarea que debe hacer parte de las intervenciones de Promoción de la Salud, con el fin de explicar y comprender sus dinámicas, alcances y logros.” (2)

El conocimiento de la experiencia, en la sistematización, se adquiere a través de la vivencia de los actores implicados, en el marco de un contexto específico. Es pertinente aplicarla en procesos de intervención social, ya que lo que interesa es comprender cómo se presenta la realidad, qué papel desempeñan los diferentes agentes en la intervención, que situaciones determinan que la acción se lleve a cabo de una u otra forma y, en definitiva, generar nuevos aprendizajes sobre las prácticas.(3)

El documento presentado pretende sistematizar la intervención realizada, desde la práctica vivida, para extraer aprendizajes y concluir lecciones que contribuyan a enriquecer la propia práctica de la intervención y cuyos resultados puedan trascender el ámbito de ejecución propio y ser compartidos en beneficio de quienes tienen interés en esta intervención o desarrollan acciones en Promoción de la Salud, en particular en relación con los hábitos de alimentación infantiles y también otras áreas de conocimiento.

Para ello se recupera y ordena la experiencia, se describe, analiza e interpreta. Finalmente se transforma a modo de lecciones aprendidas, de tal manera que puedan inspirar acciones futuras. Ello al mismo tiempo que se desarrolla la intervención, con lo que se trata de una sistematización en proceso.

2 Objetivos

Objetivo general:

Explicar y analizar, a partir de la experiencia, el desarrollo de la intervención “Alimentación saludable y Desnutrición cero” para ofrecer conocimiento y nuevos aprendizajes sobre el diseño e implementación de intervenciones de sensibilización y Promoción de la Salud, en el contexto de proyectos dentro de una organización.

Objetivos Específicos:

- Describir y ordenar, con coherencia, la intervención “Alimentación Saludable y Desnutrición Cero” a partir de sus elementos contextuales y sus componentes con apoyo de la herramienta del Modelo Lógico.
- Integrar la dimensión subjetiva de la intervención, mediante la recogida de percepciones y significados en el discurso de los actores implicados en el diseño e implementación de la experiencia.
- Identificar e interpretar, a partir del desempeño de los actores clave, fortalezas, dificultades y aspectos relevantes que influyen en el proceso de desarrollo e implementación de la intervención para extraer aprendizajes.
- Comunicar, compartir y difundir la experiencia para contribuir a la mejora de las prácticas de acción social y cambio, incluyendo la promoción de la salud, en el contexto de actividades en proyectos de una organización.

3 Metodología

La elaboración de este trabajo, de investigación cualitativa, parte de un ejercicio de documentación a cerca de la intervención de sensibilización y promoción de la salud “Alimentación Saludable y Desnutrición Cero”.

Además, se ha efectuado una búsqueda bibliográfica de publicaciones en diferentes bases de datos y organismos de referencia en materia de Promoción de la Salud, que ha permitido la obtención de: guías de apoyo para la sistematización de intervenciones y la investigación de publicaciones en revistas científicas o capítulos de libros que recogen experiencias de sistematización en el ámbito de las organizaciones. Se han consultado sitios web institucionales tales como: Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social de España (MSCBS), Observatorio de Salud de Asturias. Las bases de datos empleadas han sido Dialnet, Sciencedirect, PubMed y las revistas científicas Scielo, Elsevier y Gaceta Sanitaria. A su vez ha sido de utilidad el empleo del motor de búsqueda Google Académico, del que se han obtenido diversos artículos de interés ubicados en diferentes bases de datos y se han localizado referencias relevantes en artículos revisados.

El marco teórico seleccionado para la elaboración del trabajo de sistematización es la “Guía para la Sistematización de Intervenciones en Salud Pública y Promoción de la Salud” de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES), publicada en el año 2008.(2)

Asimismo, para realizar la sistematización, ha sido clave la utilización del libro “Teoría y Práctica de la Sistematización de Experiencias” de Arizaldo Carvajal Burbano a la luz de las diversas propuestas metodológicas en él expuestas para la producción de conocimiento a partir de una intervención.

Con todo lo descrito anteriormente, la secuencia – en orden cronológico – para la elaboración del presente trabajo de sistematización, es como sigue:

1. Revisión y análisis documental.

En primer lugar, se ha llevado a cabo la revisión y análisis documental a cerca de la intervención y el proyecto en el que se enmarca. Para la revisión, se han considerado una serie de fuentes escritas: el formulario de presentación del proyecto al Ayuntamiento de Pamplona (4), los diferentes informes realizados por el personal implicado desde el comienzo de la intervención, las evaluaciones realizadas hasta la fecha, los registros de las reuniones efectuadas para la toma de decisiones (actas) y material de difusión (folletos y vinilos), generados en el marco de la intervención.

En el proceso de análisis documental ha sido clave la utilización de la herramienta del Modelo Lógico sobre la intervención “Alimentación Saludable y Desnutrición Cero “para recuperar y presentar la experiencia. Este instrumento de análisis, propio del ámbito de la evaluación de proyectos, consiste en “una descripción gráfica (hoja de ruta) que presenta las relaciones compartidas entre los recursos, las actividades, los productos y los resultados/impactos de su programa“. (5) Invita al razonamiento de cómo va a organizarse y administrarse la iniciativa (desde los recursos utilizados hasta los resultados planteados) en las diferentes fases de planificación, ejecución y evaluación.

Se ha utilizado esta herramienta durante la fase previa a la implementación de la intervención para hacer una descripción completa de resultados previstos, actividades, recursos asignados, objetivos del proceso y de otros elementos clave como las necesidades abordadas, las metas de la intervención, la población de interés, etapa de desarrollo y contexto de la intervención.

2. Recogida y análisis de información de los actores implicados.

En segundo lugar, se ha efectuado la recogida y análisis de información obtenida de los informantes clave, es decir, de los actores que han participado en las difer-

entes actividades. Este proceso se ha llevado a cabo con el apoyo de una serie de herramientas e instrumentos de registro:

- Mediante la observación participante, en reuniones de trabajo y realización de trabajo individual durante el periodo de estancia en MM NAM, se ha elaborado un documento de registro o Ficha de Observación Documental en diferentes etapas del desarrollo de la intervención a partir de un diario de campo elaborado.
- Empleo de entrevista semiestructurada al actor principal, utilizando como herramienta un guión de entrevista con los temas a preguntar para no perder el hilo conductor. Se ha utilizado el guión de entrevista facilitado por la guía de referencia en la elaboración de este trabajo de la UIPES.
- Ante la necesidad de ampliar el discurso obtenido en la entrevista y obtener la información también del resto de sujetos informantes se va a utilizar un cuestionario, dirigido a actores implicados, según su desempeño, para comprender su perspectiva subjetiva sobre la propia intervención y profundizar en: fortalezas, debilidades, retos, aprendizajes alcanzados, etc.

En esta etapa se van a contrastar los testimonios obtenidos en la entrevista y cuestionarios con los informes elaborados en el desarrollo de actividades donde hayan participado.

3. Sistematizar.

Para llevar a cabo la sistematización de la intervención se ha seguido la propuesta metodológica de “cinco tiempos” de Oscar Jara Holliday, autor de referencia en el campo de la Sistematización de Experiencias y de la Educación Popular.⁽³⁾

- El punto de partida ha sido la participación en la experiencia de la intervención durante el periodo de prácticas profesionales llevadas a cabo en MM NAM. Durante este periodo se han llevado a cabo los registros necesarios que han permitido realizar el trabajo de investigación.
- Preguntas iniciales con las que se va a determinar la utilidad de la sistematización, teniendo en cuenta la misión de MM NAM y también qué aspectos centrales de la experiencia nos interesa sistematizar, es decir, delimitar lo que se denomina los ejes de la sistematización.
- Recuperación del proceso vivido utilizando todos los registros obtenidos. Se realizará una reconstrucción de la experiencia organizando la información e identificando momentos clave en el proceso.
- Reflexión de fondo.
- Puntos de llegada. Compartir los aprendizajes y las conclusiones de la propia experiencia para que sirvan tanto dentro de la organización, en el transcurso de la implementación de la intervención, en el diseño de actividades futuros o que

trasciendan a otros organismos que trabajen en la materia.

Van a participar de la sistematización la investigadora Luisa Iribarren López y a través de la narración de su experiencia, los agentes implicados en la ejecución de la intervención:

- Jesús Chocarro San Martín, técnico de proyectos en el Área de Sensibilización y Transformación Social de MM NAM. Actor principal en el desarrollo de la actividad, responsable del diseño, realización y evaluación de la misma.
- Marga Echaury Ozcoidi, médico especialista en Salud Pública y Técnico de Promoción de la Salud, voluntaria de MM NAM. Elaboración del folleto.
- Izaskun Altuna, empresa ZAS Comunicación. Encargada del diseño y elaboración de materiales de difusión y exposición.
- Idoia García Pascual, técnico de proyectos en MM NAM. Coordinadora del proyecto “Desnutrición Cero y alimentación saludable, a través del Desarrollo Económico Local en el municipio de Caripuyo”, en el que se enmarca esta intervención.

4 Resultados

La intervención “Alimentación Saludable y Desnutrición Cero” desarrollada por MM NAM se enmarca dentro de un proyecto de cooperación al desarrollo, denominado “Desnutrición Cero y alimentación saludable, a través del Desarrollo Económico Local en el municipio de Caripuyo”, llevado a cabo en Bolivia, entre los años 2020 y 2022, con la financiación del Ayuntamiento de Pamplona.

El proyecto de cooperación aborda el problema de la desnutrición infantil y pobreza a la que se enfrenta la población de Caripuyo y busca dar respuestas mediante el desarrollo económico y social de sus habitantes, implicando a la comunidad para su fortalecimiento y utilización de recursos existentes. Desde este punto de partida, la intervención señalada, aborda la necesidad de mejorar hábitos para adquirir una alimentación saludable desde la infancia, como derecho humano fundamental.

Consiste en una propuesta de sensibilización y promoción de la salud, cuyo objetivo es informar a la población de Pamplona sobre el proyecto de cooperación, con especial énfasis en sus repercusiones para la salud infantil, vinculando esta información con recomendaciones de alimentación saludable y sus características en la infancia, para promover la lactancia materna y alimentación saludable de niños y niñas de nuestra ciudad.

La intervención toma el componente de cuidado y nutrición infantil como ele-

mento fundamental a la hora de articular su contenido. “Lo hacemos así porque pensamos que este componente del proyecto facilita la conexión entre intereses de la población de los dos municipios de Caripuyo y Pamplona. Esta forma de dar a conocer el proyecto puede resultar más motivadora, y permite incorporar otros contenidos del proyecto más difíciles de comunicar de forma exitosa” (4)

La actividad va dirigida a la población de Pamplona, especialmente población infantil y sus familias que reciben atención en los quince Centros de Salud de la ciudad y que acuden a las Escuelas Infantiles Municipales de Pamplona. Para llegar a la población diana, nos dirigimos en primera instancia, a los profesionales del ámbito de la salud y educación que atienden en los centros mencionados ya que “son referentes y tienen capacidad multiplicadora entre las personas que utilizan sus servicios “. (4)

La iniciativa consiste en una exposición compuesta por un conjunto de imágenes de gran tamaño (vinilos) acompañadas de la distribución de un folleto informativo sobre el proyecto y con recomendaciones para el cuidado y alimentación infantil saludable.

Las personas que han participado del diseño, elaboración de materiales e implementación de la intervención, pertenecen al ámbito de la asociación MM NAM, delegación de MM NAM en Bolivia, al Servicio Navarro de Salud, ISPLN, ámbito de la comunicación, Escuelas Infantiles Municipales de Pamplona y otros sectores profesionales. “Entendemos que la idea de contribuir a la mejora de la nutrición infantil, es un objetivo compartido con las instituciones que participan, en el que nuestra acción es un apoyo puntual a su trabajo continuado en este ámbito”.(4)

Durante el desarrollo y en el transcurso de esta experiencia se han podido identificar los siguientes momentos clave:

Momento 1: Etapa inicial: Diseño de la intervención, preparación de materiales previstos y contacto con colaboradores.

La planificación de la actividad se inició a comienzos del año 2020, a la par de la puesta en marcha del proyecto llevado a cabo en Bolivia. Estaba previsto realizar durante ese año tanto la preparación de materiales como la realización de gestiones necesarias para la futura puesta en marcha de la exposición, sin embargo, debido a la situación generada por la pandemia de la Covid -19 se decidió mantener únicamente en 2020 el diseño de materiales (vinilos y folletos) (6) y retrasar a 2021 las gestiones necesarias con los Centros de Salud y Escuelas Infantiles del Ayuntamiento de Pamplona.

Hitos clave durante la etapa inicial:

- Constitución de un grupo de trabajo con personas voluntarias de la organización y personal vinculado a los Centros de Salud y Escuelas Infantiles Municipales.

Se creó un grupo asesor que ha servido como estructura de apoyo, compuesto por profesionales del ámbito de la educación y de la salud (enfermería, educadores, pediatras, nutricionista) así como del ámbito de la comunicación y del proyecto en Bolivia para vincular la información de partida, con contenidos sobre cuidados y alimentación saludable. Se ha contado también con la participación de una persona voluntaria que ha traducido los textos de información al Euskera.

Desde la reflexión conjunta, mediada por MM NAM (impulsor de la actividad) se consiguió dar el enfoque de promoción de la salud a la actividad de sensibilización.

- Elaboración de materiales (vinilos y folletos). En la realización del folleto (textos e imágenes) han participado profesionales del grupo de trabajo creado al inicio. Se han empleado materiales editados por el Gobierno de Navarra y materiales del proyecto sobre alimentación de las Escuelas Infantiles.

Para la elaboración de las imágenes del folleto y de los vinilos se contrató a una empresa con profesionales dedicados a la ilustración y a la comunicación. Se apreció la relación profesional previa existente, habiendo participado en la elaboración de otros materiales de diseño para la asociación.

Para las imágenes ilustradas se inició una aproximación con los contenidos que se querían resaltar del proyecto: lactancia materna, alimentación saludable intentando vincular la realidad de Caripuyo con los mensajes a trasladar a la población de Pamplona. Cabe resaltar que las ilustraciones son dibujos de animales que viven en la zona donde tiene lugar el proyecto y sirven para reforzar algunas de las recomendaciones del folleto.

- Establecimiento de contacto con asociaciones de Pamplona relacionadas con el cuidado y nutrición infantil e Instituciones de salud y educación para la validación del material previsto.

Se identificaron y seleccionaron organismos competentes en la materia para contrastar, modificar y reflexionar sobre el material elaborado mediante una relación colaborativa, de búsqueda de consensos. Se contó con la Sección de Capacidad Resolutiva y Continuidad Asistencial de Atención Primaria de Salud del Servicio Navarro de Salud, con la Sección de Promoción de la Salud y Salud en todas las Políticas del (ISPNL) y con el Organismo Autónomo de Escuelas Infantiles Municipales de Pamplona.

En una reunión de trabajo, las representantes de Atención Primaria valoraron positivamente la propuesta y realizaron aportaciones al texto del folleto. Desde el ISPLN revisaron los contenidos y realizaron aportaciones al folleto. También en un encuentro programado con la directora de Escuelas y nutricionista, ambas se mostraron entusiasmadas con la propuesta y se les ofreció la posibilidad de

hacer aportaciones al contenido.

Contando con el apoyo proporcionado, se ha podido ir incorporando o sustituyendo contenido hasta la elaboración definitiva del material.

Momento 2: Implementación: Puesta en marcha de las actividades de exposición en los Centros de Salud y Escuelas Infantiles de Pamplona.

Hitos Clave:

- Edición de folleto y vinilos, estos últimos con imágenes del folleto. Respecto a la propuesta inicial en la que se había contemplado editar una serie de juegos de vinilos reutilizables, se decide, modificar los materiales de edición y el número de impresiones de cada tipo. Esto se debe a varias causas, siendo las más destacadas la valoración de las superficies encontradas en los centros que acogerán la exposición y el presupuesto disponible una vez modificado el material de impresión. De este modo la propuesta queda reducida a la impresión de cuatro juegos de vinilos para ofrecer simultáneamente a los centros y establecer una rotación de la exposición una vez finalice cada centro.
- Participación de centros colaboradores en la difusión e implementación de la actividad.

Se contacta en primera instancia con la Dirección de Atención Primaria (institución a cargo de los Centros de Salud elegidos para colaborar en la propuesta) y con la Dirección Técnica de las Escuelas Infantiles Municipales de Pamplona (responsable de las escuelas) pidiendo permiso para iniciar con la solicitud de colaboración a cada centro. Una vez aceptado, se inicia un proceso de contacto a través de correo electrónico, llamada telefónica y por correo postal con cada centro. Se les envió información a cerca de la intervención, con los documentos generados y sobre la exposición.

- Implementación de la intervención. Se organizan visitas a los Centros de Salud que se suman a la iniciativa y a las Escuelas Infantiles para valorar la zona de exposición pertinente (espacio físico) y entrega de folletos.

Por un lado, las salas de espera de la zona de pediatría del Centro de Salud suponen un espacio adecuado para plantear temáticas de salud y permite llegar a un público diverso y numeroso. MM NAM previamente ha realizado exposiciones sobre: salud en el mundo, derecho a la salud y equidad en salud, siendo bien acogido por los centros. Por otro lado, el Ayuntamiento de Pamplona, que está financiando el proyecto de cooperación internacional ligado a esta actividad de sensibilización, es el responsable de las Escuelas Infantiles que se adscriben a la iniciativa, lo que facilita la relación.

Momento 3: Difusión en medios de comunicación. Presentación pública.

Difusión de noticias sobre el proyecto y las actividades en Pamplona en medios de comunicación tradicionales y en redes sociales. Se presentará el proyecto, sus materiales y actividades en pamplona a los profesionales involucrados y familias con niños en edad infantil que quieran acudir.

En la reflexión de fondo realizada tras la investigación con los informantes clave (cuyas expresiones recogidas corresponden a los textos entrecomillados de este apartado) se han identificado los siguientes aspectos:

1. Logros/Fortalezas/Aspectos Positivos

- Para la asociación: MM NAM se ha visto fortalecida como asociación al aumentar el vínculo con otras instituciones locales y fomentar el voluntariado en Navarra, mediante la participación en la preparación de contenidos, gestión con los centros, etc.
- Participación de instituciones públicas: La organización de esta actividad ha permitido realizar una labor coordinada e integrada en el trabajo de instituciones públicas del ámbito de la salud y educación, que trabajan con la población diana seleccionada.

“La intervención integra de forma coherente objetivos de diferentes ámbitos: objetivos educativos sobre nutrición y crianza, objetivos de sensibilización social en relación a problemáticas mundiales, y objetivos de visibilización de instituciones financiadoras de proyectos de cooperación internacional”.

- Es posible, vincular la información disponible en un contexto particular con las necesidades de salud locales a través de la búsqueda de elementos comunes.
- Se han aprovechado oportunidades dentro de actividades de la organización para intervenir en la Promoción de la Salud, desde un enfoque de calidad en la misma.
- Adaptación al contexto donde se desarrolla la intervención. Se ha llevado a cabo una planificación cuidadosa y flexible para permitir la adaptación a los diferentes cambios del contexto: (Situación generada por la Covid-19, necesidades específicas de los CS, etc.)
- Elaboración de materiales: El material elaborado tiene en cuenta la diversidad lingüística de castellano y euskera que se da en Navarra. También se ha tenido en cuenta recomendaciones accesibles a toda la población y se cuentan de forma amable diferencias culturales en la forma de alimentarse.

“La red pública de atención en salud y la de escuelas infantiles municipales, garantiza la mayor diversidad y equidad en lo relacionado a clase social, género, nivel socioeconómico y diferencias culturales.”

2. Dificultades/ Obstáculos

Las principales dificultades identificadas en la experiencia guardan relación con

las barreras identificadas en relación a los centros que van a participar de la actividad. Por un lado, al tratarse de una actividad puntual, no se garantiza la continuidad en abordar el tema. Por otro lado, la intervención, aunque tenga su origen en MM NAM, está mediada por las direcciones de los centros colaboradores. Este hecho no garantiza la implicación de los profesionales, que son el último eslabón de la actividad. No resulta fácil plantear un acceso directo a los profesionales en una actividad de este tipo.

La situación generada por las medidas frente a la Covid-19 perjudicó la ejecución el desarrollo normal de las actividades contempladas en la intervención y generó incertidumbre en la puesta en marcha.

3. Aprendizajes y Recomendaciones

Aunque la intervención está en fase de implementación y todavía surgirán nuevos aprendizajes, se pueden abstraer de la experiencia los siguientes:

- La colaboración y participación de diferentes entidades enriquece, mejora los contenidos y favorece interrelaciones. Deben promoverse espacios de intercambio y diálogo en el contexto de experiencias similares que enriquezcan las intervenciones.
- Importancia que desde el comienzo del proceso de una intervención tiene conocer con detalle las características de los recursos que se van a emplear. En este caso concreto, las posibilidades, costes, durabilidad, tratamiento, etc. de los soportes que se van a utilizar (en este caso vinilos adhesivos) y su adaptabilidad a los espacios elegidos. El desconocimiento de las características del material y un estudio posterior de las características de los espacios físicos de exposición, ha generado desajustes presupuestarios y readaptaciones que se podían haber evitado.

De este modo, como aspecto a mejorar, se recomienda elaborar, desde el principio un análisis profundo de los recursos a utilizar, presupuesto disponible y su viabilidad.

- Esta actividad en los Centros de Salud tiene un añadido positivo respecto a otras intervenciones anteriores. Normalmente se había solicitado a los centros exponer en sus salas de espera diferentes exposiciones, folletos, etc., pero sin que el personal del centro se tuviera que implicar especialmente.

“En el caso de esta nueva intervención pretendemos que profesionales del área de pediatría se impliquen con el contenido de la misma entregando en mano el folleto y si quieren usándolo en su relación con la población. Esta vía me parece interesante, valorar cómo funciona y abre perspectivas para acciones futuras.”

4. Retos

Se plantea ampliar la dispersión de la actividad para abarcar a mayor población

de la prevista. Su continuidad dependerá del éxito y resultados que alcance en esta primera fase de implementación.

“No se tiene previsto seguir trabajando con ese mismo grupo la temática de la nutrición, aunque si tenemos previsto extender la actividad a todos los Centros de Salud de Navarra”.

5 Discusión-Conclusión

La sistematización de la intervención “Alimentación Saludable y Desnutrición Cero” ha permitido describir e interpretar la experiencia realizada por MM NAM en Pamplona, entre los meses de julio y noviembre de 2021, generando conocimiento y nuevos aprendizajes para contribuir a la mejora de las prácticas en la implementación de intervenciones de sensibilización y Promoción de la Salud en el contexto de una organización. Además ha generado información válida para poder realizar una evaluación del proceso o de la efectividad de la intervención.

Se ha descrito la intervención diseñada por MM NAM partiendo de los elementos que la conforman y se ha hecho una descripción gráfica de sus componentes. Además, se han identificado fortalezas, dificultades, nuevos aprendizajes y retos en el desarrollo de la experiencia, a través de la interpretación de la información obtenida de las personas que han participado en el diseño e implementación de la intervención.

En línea con lo que sugiere la literatura, se ha mirado la experiencia con una intencionalidad transformadora, por un lado, de abstraer aprendizajes para la práctica y, por otro lado, para ofrecer recomendaciones que sirvan de utilidad a la hora de querer replicar actividades de este tipo.

Considerando las percepciones y las formas de entender y explicar la realidad de los actores implicados en el diseño e implementación de la intervención, se ha reflexionado sobre una serie de ejes previamente definidos, a fin de reforzar el carácter de “Promoción de la Salud” de una intervención, a priori, de sensibilización.

Tal y como advierte la literatura, en el proceso de sistematización se han obtenido insumos subjetivos, correspondientes a las percepciones individuales de los informantes clave. Ha resultado provechoso la preparación de las entrevistas y los cuestionarios teniendo presente la máxima de que el objetivo es recabar infor-

mación de tipo cualitativo. El discurso mantenido en la entrevista y el lenguaje utilizado en los cuestionarios de los actores ha podido estar influenciado por: las instituciones a las que pertenecen cada uno de ellos, los significados construidos en el transcurso de la experiencia, etc.

La intervención seleccionada se alinea con las bases de la Promoción de la Salud, ya que ofrece recomendaciones a las personas al cuidado de niños y niñas en edad infantil acerca del cuidado y hábitos de alimentación saludables para fortalecer el control sobre su salud.

En ocasiones, a pesar del interés puesto en realizar una sistematización que contribuya a la obtención de conocimiento para la mejora de las prácticas, existen limitaciones que tienen que ver con las habilidades de comprensión del sistematizador, y a la valoración que haga de las fuentes de datos o limitaciones metodológicas, tales como: la complejidad en el desarrollo de la intervención (cambios difíciles de observar y por tanto de identificar), falta de tiempo para la obtención de registros, escasa participación de la experiencia, etc.

Se confirma que la sistematización, como proceso de investigación, es una herramienta madura al servicio de la promoción de la salud; con un grado de desarrollo teórico sólido y experiencias de aplicación previas, que sirven de guía para su aplicación a nuevas intervenciones.

La comunicación de los resultados obtenidos en la sistematización, contribuirá a la mejora de prácticas dentro del ámbito de ejecución propio y podrán ser compartidos en beneficio de quienes tienen interés en esta intervención o desarrollan acciones en las mismas áreas de conocimiento.

En el proceso de implementación de la experiencia van a participar diferentes actores (profesionales de Centros de Salud y de Escuelas Infantiles), que son quienes están en contacto de forma directa con la población diana. Resultaría de interés recoger sus aportaciones para ofrecer un conocimiento más amplio sobre la experiencia y aprender de lo ocurrido.

6 Bibliografía

1. Eizaguirre M, Urrutia G, Askunce C. La sistematización, una nueva mirada a nuestras prácticas. Guía para la sistematización de experiencias de transformación social. [Internet]. Bilbao; 2004. Available from: http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0291/6_ALB_SIS.pdf

2. Union Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES). Guía para la Sistematización de Intervenciones en Salud Pública y Promoción de la Salud. 2008; Available from: <https://es.scribd.com/document/232954285/Guia-Para-La-Sistematizacion-de-Intervenciones-en-Salud-Publica-y-Promocion-de-La-Salud>
3. Carvajal Burbano A. Teoría y Práctica de la Sistematización de Experiencias. 5a Edición. Valle U del, editor. Cali, Colombia; 2018.
4. Medius Mundi Navarra Aragon Madrid. Formulario de Presentación de Proyectos de Cooperación con EE. LL del SUR. Pamplona: Ayuntamiento de Pamplona. Area de Acción Social y Cooperación al Desarrollo; 2019.
5. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Program Evaluation Framework Checklist for Step 2. Describe the Program [Internet]. Available from: <https://www.cdc.gov/eval/steps/step2/index.htm>
6. Medicus Mundi Navarra Aragon Madrid y Ayuntamiento de Pamplona. Alimentación Saludable y Desnutrición Cero [Internet]. Pamplona; 2020. Available from: <https://lasaludunderecho.es/recursos/recursos-sensibilizacion/alimentacion-saludable/>
7. Fernández RC, Muñoz BÁ, Rodríguez SF, Alba RH. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? 2005;
8. Gonz CJ, Montes DV. Herencia alimentaria: Promoción de hábitos alimentarios saludables desde la infancia, una estrategia pedagógica durante la crianza para la
45 prevención de la obesidad en niños. 2015;35–47. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5357316>
9. Hernández F LJ. ¿Qué es la Salud Pública basada en la Evidencia? Rev Salud Publica [Internet]. 2003;5(1):40–5. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v5n1/v5n1a04.pdf>
10. Catalá CR, Gil MAF, García D, Solera DL. Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. 2000; 25:343–
8. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-investigacion-cualitativa-atencion-primaria-una-S0212656700785179>
11. OMS. Promoción de la Salud. Glosario [Internet]. 1998. Available from: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
12. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association [Internet]. 1986. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first->

global-conference

13. Centro para la Salud y Desarrollo Comunitario. Universidad de Kansas. Caja de Herramientas Comunitarias [Internet]. Available from: <https://ctb.ku.edu/es>

14. ICF S.A. y Ministerio de Sanidad de España. Entregable 3: Marco de evaluación para programas de promoción de la salud en el entorno local [Internet]. Available from: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/MarcoEvaluacionPromocionSalud_D3.pdf

15. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), Snelling S, Meserve A. Evaluating health promotion programs : introductory workbook. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2016.

16. Diéguez JG, Sección J De. Calidad en promoción de la salud: La experiencia de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS). 2013;1–32. Available from: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Articulo_Calidad_promocion_salud_RAAPS_2013.pdf/0434d3b0-0611-1032-0819-e73c890bd513

46

17. Carvajal Burbano A. Texto: “Teoría y Práctica de la Sistematización de Experiencias.” Editor la Fac Humanidades la Univ del Valle Cali [Internet]. 2004; Available from: <https://revistapropectiva.univalle.edu.co/index.php/prospectiva/article/view/7359/9846>

18. Jara Holliday O. Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias. CEP cent Estud y Publicaciones Alforja Costa Rica [Internet]. 2001;1–7. Available from: http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0740/6_ALF_DIL.pdf

19. Escuelas Infantiles Municipales de Pamplona. Proyecto “Hemengoak-De Aquí.” [Internet]. 2016. Available from: <http://www.pamplona.es/escuelasinfantiles/verpagina.aspx?idpag=174>

20. Elizainzin G, Sotil E, Intia A, Larrañeta S, Cpaen A. Proyecto Hemengoak : para una alimentación sana y sostenible. 2016;19–24.

21. Lasanta Sáez MJ, Múgica Martínez R, Echauri Ozcoidi M, Ruiz de las Heras de la Hera A, Ortigosa Pezonaga B. Guía de Alimentación para la Planificación de Menús Escolares [Internet]. Available from: <https://www.navarra.es/documents/48192/5404380/Guia+Alimentacion+saludable.pdf/60441d25-7467-b8b5-427f-004f3ee3abd8?t=1602762250983>

22. Medicus Mundi Navarra- Aragón - Madr. Por el Derecho a la Salud. Plan Estratégico 2021-2024 [Internet]. 2021. Available from: <https://lasaludunderecho.es/wp-content/uploads/2021/05/Plan-Estrategico-medicusmundi-NAM-2021-2024.pdf>

23. Organización Mundial de la Salud. 9.a Conferencia Mundial de Pro-

moción de la Salud. Acuerdo de dirigentes mundiales para promover la salud en pro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/21-11-2016-9th-global-conference-on-health-promotion-global-leaders-agree-to-promote-health-in-order-to-achieve-sustainable-development-goals>

24. INPES. Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations. 2009

25. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón. Criterios de Calidad de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud [Internet]. Available from: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/CRITERIOS_RAPPS.PDF/b125db7b-2bca-1e39-a582-c7e5665f03ef

Capítulo 30

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA

MARTA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

JUAN LUIS MARTÍNEZ CASTREJÓN

ALBERTO MENELI MANEL MAGUGA

DAVID VALENTÍN GARCÍA DE BLAS

ANA BARRANCO RAMA

1 Introducción

La bronquiolitis se define como una infección de las vías respiratorias inferiores causada en su mayoría por el virus respiratorio sincitial (VRS), perteneciente a la familia de los Paramyxoviridae.

Los pacientes que más sufren esta patología son los lactantes durante los primeros dos años de vida y en concreto entre los meses de noviembre y febrero, suponiendo un 18% de los ingresos hospitalarios, mientras que en adultos puede tomarse como un simple catarro de invierno.

Se trata de una enfermedad muy contagiosa transmitida por secreciones respiratorias, con un periodo de incubación de entre 4 y 6 días.

Cursa en un primer momento con síntomas de vías respiratorias altas como rinitis, estornudos y tos, acompañados o no de fiebre no muy alta; a las 24-48 horas del inicio comienza la verdadera dificultad respiratoria, a la que se suma

en algunas ocasiones, en particular en menores de un mes de vida, la apnea, momento en el que los padres acuden a urgencias con su bebé y se procede a su ingreso con el fin de aliviar los síntomas.

En cuanto a la exploración física nos fijaremos en el aumento de trabajo respiratorio del menor, reflejado en taquipnea (más de 60 respiraciones por minuto) y tiraje intercostal, la saturación de oxígeno en aire ambiente en muchos casos estará disminuida (entre 90 y 95%) y notaremos cierta irritabilidad desconsolada del menor; en la entrevista con sus padres es frecuente que nos comenten que han notado disminución o incluso rechazo de la alimentación.

Se valorará a partir de escalas, como la escala SCORE, el ingreso en planta o en UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos).

Como criterios de ingreso en planta destacamos como más importante la apnea, debido a las consecuencias neurológicas que la patología conlleva en caso de que esta perdure en el tiempo; además de deshidratación, inanición, hipoxemia, signos de insuficiencia respiratoria grave ya comentados anteriormente e imposibilidad para ser atendidos de una manera óptima por sus padres en el domicilio. En cuanto a ingreso en la UCIP, este procedimiento se lleva a cabo en muy pocas ocasiones en niños anteriormente sanos (alrededor de un 2%), el porcentaje aumenta considerablemente si nos referimos a niños con patologías previas o factores de riesgo tales como prematuridad; factores puramente identificativos de ingreso en UCIP son síntomas refractarios a aerosolterapia administrada en planta, frecuencia cardíaca muy baja para su edad, saturación de oxígeno por debajo de 85%, irritabilidad inconsolable por sus progenitores y el consiguiente agotamiento por parte del niño.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del personal de enfermería y su atención con la bronquitis pediátrica en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha optado por una revisión bibliográfica apoyada en referencias de varios libros y publicaciones de la asociación española de pediatría, también en la gran biblioteca de enfermería, “Enferteca”, además de en artículos, sobre todo de Pubmed, de donde hemos seleccionado los más acordes en relación con el tema del que se hace mención en este capítulo.

4 Resultados

Al hablar del tratamiento para la bronquiolitis distinguiremos medidas no farmacológicas (que se aplicarán tanto en el domicilio por sus padres en caso de no ser necesario el ingreso hospitalario como en el hospital) del propio tratamiento basado en administración de fármacos.

Centrándonos en las primeras mencionadas, una de las más importantes y que más aliviará al lactante será el lavado y aspirado de las secreciones nasales, que se hará con suero fisiológico tantas veces como se precise (si se aprecian signos de obstrucción de vías aéreas superiores) y antes de cada toma; en cuanto a la alimentación, si el menor se encuentra en su domicilio y tolera mal las tomas se le ofrecerán cantidades más pequeñas en periodos de tiempo más cortos, en caso de estar ingresado y valorar pérdidas importantes de peso se consensuará la colocación de sonda nasogástrica para alimentación enteral; por último, mantendremos la cuna con elevación de la cabecera aproximadamente unos treinta grados para facilitar la movilización de secreciones y la respiración.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se administrarán antitérmicos en caso de presentar fiebre y oxígeno mediante gafas nasales o mascarilla para mantener la saturación de oxígeno por encima de 92% (siempre que se consiga la saturación mencionada y se vea clara mejora en cuanto al patrón respiratorio se desconectará el dispositivo de oxigenoterapia para favorecer la mejora de la autonomía del lactante); no se habla del uso de ningún otro tipo de fármaco tales como antibióticos, broncodilatadores, corticoides... Ya que su eficacia en esta patología no está demostrada con cifras significativas.

En el ingreso en UCIP los cuidados varían, el menor permanecerá monitorizado (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y pulsioximetría), de esta manera el control será mucho más exhaustivo y centrado; se le realizarán pruebas, tales como gasometría arterial y venosa, radiografía de tórax..., que determinen de manera objetiva la mejoría o empeoramiento clínico; se canalizarán varias vías de acceso venoso para administrar líquidos con el fin de evitar la deshidratación; la alimentación se realizará por sonda nasogástrica o vía parenteral; en cuanto al soporte respiratorio se utilizará oxigenoterapia de alto flujo con el fin de evitar la CPAP y la intubación, esta última se utilizará en caso de que se aprecie un aumento del distrés respiratorio acompañado de disminución del nivel de conciencia y apneas consecutivas a pesar de la previa utilización de CPAP o BIPAP.

5 Discusión-Conclusión

La bronquiolitis del lactante es sin duda una de las patologías más frecuentes en dichas edades y una de las que acarrea mayores consecuencias a nivel respiratorio; viene dada por síntomas variables en función de las características del menor

(como es normal en edades tan tempranas) y sus antecedentes.

En líneas generales se debería asesorar a los padres, una idea sería en las clases pre-mamá, en cuanto a la prevención y cuidados de esta enfermedad, así como de las técnicas más importantes que se llevan a cabo, tales como el lavado y aspirado nasal y la colocación de la cuna a treinta grados para favorecer la eliminación rápida de moco y la movilización de secreciones de una manera más fácil.

Como remate final, fomentar la entrevista tranquila con los padres o tutores legales del menor, ya que de ahí se obtiene mucha información y es una buena manera de transmitir tranquilidad y normalidad a la patología, de forma que ellos puedan transmitírsela a su hijo a la hora de calmar su irritabilidad, que favorecerá su mejoría, hablando en términos respiratorios.

6 Bibliografía

1. Orthomyxoviridae I, Arn O, Picornaviridae R, Aren R, Adenoviridae A. INTRODUCCIÓN (Internet). Aeped.es.
2. Javier F, Orive P, López Fernández YM. Manejo de la bronquiolitis aguda en la UCIP (Internet). Aeped.es.
3. Morales Gil IM, García Piñero JM. Guía de intervención rápida en Enfermería Pediátrica. Enferteca, la gran biblioteca de enfermería.

Capítulo 31

MANEJO DE LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES POR ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE TERMINAL

MARTA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

ALBERTO MENELI MANEL MAGUGA

DAVID VALENTÍN GARCÍA DE BLAS

JUAN LUIS MARTÍNEZ CASTREJÓN

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución y que, por ello, conlleva a la muerte en un tiempo variable, en general inferior a 6 meses, con evolución progresiva y que provoca síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes que provocan sufrimiento físico, psicológico, tanto en el paciente como en la familia.

Es una situación compleja, donde el paciente necesita un soporte asistencial de calidad, priorizando sobre todo el cuidado individualizado y adaptado a las necesidades que presente. Se trata de mantener un confort eficaz, gracias al control del

dolor, a través de las Unidades de Atención en Cuidados Paliativos, de cada zona de Salud.

Anualmente 40 millones de personas, necesitan de cuidados paliativos y tan solo un 14% la reciben. En las sociedades modernas donde la esperanza de vida aumenta, existe la necesidad de proponer políticas sanitarias universales, independientes de la situación económica y social del paciente, así como establecer estrategias para el acceso a dicha cobertura en aquellos países menos desarrollados donde escasean los recursos más básicos, tanto personal adecuado, como medicamentos de tipo analgésicos y opiáceos.

Asegurar la disponibilidad de dichos fármacos es fundamental, pues el síntoma más frecuente descrito en el paciente paliativo es el dolor y según la OMS, son esenciales.

Dicha organización define los Cuidados Paliativos como: "el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales".

Se ofrece tanto para enfermedades oncológicas, como en aquellas de tipo crónico, avanzadas o irreversibles.

En los últimos estudios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SEC-PAL), colaboradora del Atlas de los Cuidados en Europa 2019, se concluye que en Europa, alrededor de 4,5 millones de personas, mueren con un alto grado de sufrimiento y en España, 228.000 fallecen al año con necesidad de cuidados paliativos y solo 80.000 los reciben. Es una proporción muy insuficiente, sobre todo cuando se estima que el 50% de las personas, los van a necesitar.

Actualmente, gracias a la Atención Primaria en los Centros de Salud, se conforman los equipos humanos asistenciales en las Unidades de Atención de Cuidados Paliativos, donde se establece dicha atención de forma domiciliaria en la práctica clínica. También y puesto que cada vez son más las personas que fallecen en el ámbito hospitalario, existirán en Atención Especializada, dichas Unidades compuestas por profesionales sanitarios que ofrecen atención multidisciplinar, mediante una amplia cartera de servicios de asistencia de calidad, seguridad y eficiencia. Todo ello, amparado por la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

La AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), ofrece recomendaciones para el manejo terapéutico al paciente terminal, a través de un tratamiento combinado de opiáceos, benzodiacepinas y neurolépticos, en los que se necesite una sedación terminal y llama a la responsabilidad del profesional

sanitario para ajustar dichos tratamientos a la situación real y condiciones del paciente.

2 Objetivos

Exponer la utilidad y manejo de la vía subcutánea e infusores para administración de tratamiento en cuidados paliativos a nivel domiciliario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en los buscadores y bases de datos más reconocidas: PubMed/ Elsevier/Scielo/Cuiden/Cochrane Library.

Se han revisado guías y protocolos para el manejo de las técnicas en el tratamiento y control del dolor a través de un acceso subcutáneo.

Así como recomendaciones de Organismos competentes: OMS /Conserjería de Sanidad/AEMPS/SECPAL/

La revisión de artículos se ha efectuado utilizando como palabra clave: Infusores, vía subcutánea, paciente terminal, cuidados paliativos.

4 Resultados

En los pacientes terminales que requieren de cuidados paliativos, por la propia evolución de su estado, existe la necesidad de elegir la vía subcutánea para la administración de los tratamientos, cuando no puedan tomar la medicación por vía oral: (presencia de náuseas, vómitos, disfagia, intolerancia a fármacos por vía oral, mala-absorción).

Es la vía de elección, pues mejora la eficacia de los tratamientos:

- Disminuye la aparición de efectos adversos de los medicamentos.
- Es necesaria cuando se quiere mantener una buena biodisponibilidad en el organismo, a través de la administración controlada, lenta y constante.
- Útil en los casos que cursan con alteraciones neurológicas: inconsciencia, confusión, agonía, en los que el objetivo a seguir sea el confort del paciente.
- Se pueden administrar mezclas con varios fármacos para un efecto sinérgico.
- Es una técnica muy sencilla y bien aceptada por el paciente y familia.
- Alto grado de seguridad.

Nos encontraremos con un efecto algo más lento en su inicio que la vía endovenosa, pero muy parecido al de la vía intramuscular, utilizando dosis similares a las que administramos por vía oral, con la excepción de la Morfina y Haloperidol, que será la mitad de dicha dosis.

Se realizará acceso y colocación de vía subcutánea en las : Áreas infraclaviculares, en su 1/2 externa./ Región externa del brazo en Deltoides/ Abdomen, evitando la línea media/ Muslos, aunque es menos usada. Hay que evitar zonas de pliegues cutáneos, mamas y zonas de piel de difícil acceso.

Utilizaremos según el tipo de tratamiento un tipo de Infusor :

De administración continua, para un efecto constante a través de:

- Bombas electrónicas portátiles de infusión continua, donde podemos regular el ritmo de infusión y como desventaja, el poder cometer errores en relación a su programación y manejo.
- De administración continua a través de Infusores Elastoméricos con carcasa plástica que contiene en su interior un reservorio, que contiene la medicación a infundir con forma de globo o balón elástico, que se va progresivamente liberando por la acción de la retracción mecánica del mismo y regulado el ritmo por medio de una válvula, que será constante y no modificable.
- También se puede utilizar el acceso subcutáneo para administración Intermitente varias veces al día, con mucho menor uso, ya que no alcanza niveles plasmáticos tan estables.

Es fundamental que el paciente si es viable y su familia conozcan la técnica y la medicación a administrar.

Canalizaremos un acceso subcutáneo con palomilla de 23 o 25 G, desinfectando la piel previamente con movimientos circulares y conectaremos la palomilla al sistema de infusión elegido, purgando antes el sistema. Luego la fijaremos con una inclinación de 30-45° a la piel con un apósito transparente que permita visualizar es estado de la zona de punción.

También podemos utilizarla como administración en bolo cuando se precise la administración de fármacos de forma puntual o periódica.

Otra forma es infundir ambas a la vez, con una palomilla para el infusor y otra para la medicación en bolo.

Las únicas contraindicaciones para la administración de fármacos por vía subcutánea son:

Edema generalizado, anasarca/ Shock/ Coagulopatías graves.

La técnica para preparar la bomba de Infusión Elástica será :se carga en la jeringa de rosca Luerlok la medicación a administrar, completando con suero salino hasta 50 ml completando en el infusor de 24 H y hasta 100 ml en el de

48H y una vez cargada, se rellena el infusor. Esto se puede realizar en el propio domicilio del paciente o en el Centro de Salud. A continuación y tras purgar el sistema, lo conectaremos a la palomilla y si los fármacos son fotosensibles, lo protegeremos de la luz bajo almohada.

El recambio de inserción y la palomilla se cambiarán cada 5-7 días y el infusor, si no es desechable, se puede recargar 2-3 veces.

Los fármacos más frecuentes que se administren serán: Morfina, Hioscina, Haloperidol, Midazolam, Metrocloropamida, Furosemida, Ketorolaco, Dexametasona, etc.

El uso de este tipo de dispositivos resulta fundamental por la sencillez de su manejo en el domicilio. La técnica es también sencilla para sus cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

En la práctica clínica en relación a la Atención al paciente terminal, se ha de aplicar el método científico a fin de adaptar los cuidados a la realidad y condiciones del paciente, su familia, entorno y recursos, estableciendo de ese modo un plan de cuidados integral donde se palién los síntomas más molestos, a través de los infusores subcutáneos en el propio domicilio, siendo la alternativa más eficaz para prevenir y aliviar el sufrimiento.

Resulta eficaz que las intervenciones sean realistas, evitando el encarnizamiento terapéutico en el paciente terminal y el uso de actuaciones innecesarias. Es por eso que se ha llegado a la conclusión de extender en la Atención en los Cuidados Paliativos el uso de la vía subcutánea para la administración de los tratamientos en los que el fin a buscar sea el control de los síntomas que repercutan en el confort y bienestar del paciente, siendo el control del dolor un objetivo prioritario.

6 Bibliografía

- Tizón Bouza E. y Vazquez Torrado R. Enfermería en Cuidados Paliativos. Enfermería Global.
- Conserjería de Salud del Principado de Asturias.Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias.
- SciELO. Roberto Levin , O.M.S .Cuidados Paliativos: principios generales. Guía para el Manejo Clínico. .
- Taller de Infusores Elastoméricos. Hospital Central de Asturias .Unidad de Cuidados Oncológicos

Capítulo 32

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL CORDÓN UMBILICAL

MARTA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

JUAN LUIS MARTÍNEZ CASTREJÓN

ALBERTO MENELI MANEL MAGUGA

DAVID VALENTÍN GARCÍA DE BLAS

ANA BARRANCO RAMA

1 Introducción

El cordón umbilical es la parte de tejido que une al bebé a su madre a lo largo del embarazo y se encuentra uniendo el ombligo del feto a la placenta de la madre. Dentro de este podemos encontrar entre otras estructuras vasos sanguíneos que tienen como función intercambiar sustancias entre la mamá y el feto.

Mediante el cordón umbilical el feto obtiene el alimento junto con el oxígeno necesario. El cuidado del cordón umbilical se inicia en el mismo momento del nacimiento. Una vez finalizado el parto se pinza el cordón y se realiza el corte del mismo. Desuniendo al feto de la mamá. El tejido desvitalizado, llamado muñón, presenta gran facilidad para que proliferen bacterias, las mismas bacterias de nuestra piel, principalmente *S. Aureus* bacterias o del canal del parto, llegando a infectarse, a esa infección del cordón umbilical o muñón lo llamamos onfalitis.

La onfalitis puede complicarse poniendo en riesgo la vida del bebé. No obstante, la onfalitis en países con buena atención pediátrica Varía entre 0,1-2%. Este

muñón debe de secarse, momificar y caer en un intervalo de 10-15 días. Referente a los cuidados hay gran cantidad de recomendaciones, no llegando a conclusiones con evidencias, por lo que la cura seca, de momento es la opción más recomendada y estandarizada.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer los cuidados estándar del cordón umbilical.

Objetivos secundarios:

- Promover la educación de la salud a la comunidad.

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.

4 Resultados

Se conoce la importancia que le da la madre y la familia al inicio de la maternidad tener al recién nacido con un muñón umbilical, las preocupaciones, miedos y sensación de falta de conocimientos que les genera.

La caída del cordón umbilical se relaciona con el grosor de este y suele suceder entre la primera y segunda semana de vida. Teniendo en cuenta que puede retrasarse si hay mucha humedad, si no se realizan bien los cuidados o si existe la presencia de infección. Esta caída se produce mediante dos procesos de forma natural, se deshidrata, por lo tanto, se momifica y se pudre a través de unas bacterias. Después de la caída se produce la cicatrización durante la semana siguiente. A lo largo de los años se han ido recomendando numerosos productos para el cuidado/cura del cordón. Hoy en día se recomienda la cura seca, que se trata de curar con agua y jabón y después secar con una gasa, los antisépticos o pomadas antibióticas solo se recomiendan en casos en los que por la situación en particular los cuidados o higiene sean mínimos.

Recomendaciones:

- Antes de manipular nada lavarse bien las manos con agua y jabón.

- Limpiar el tejido del cordón con agua y jabón neutro.
 - Secar con gasa limpia.
 - Mantenerlo seco con una nueva gasa limpia y seca envolviéndolo y cambiando la gasa con los cambios de pañal en caso de que se ensucie o se humedezca.
 - En cada cambio de pañal (se recomienda frecuentemente) se observará el estado de la gasa y se tendrá especial cuidado con enganchones o demasiada presión al ajustar el pañal.
- No se conoce que el uso de antisépticos o antibióticos tópicos frente a lavar con agua y jabón y secar den mejores resultados, hablando siempre en países desarrollados donde existe una buena higiene y buena atención pediátrica, de hecho, si está demostrado que pueden llegar a interferir en la cicatrización natural por lo que retrasaría la caída del mismo. Si se observan los siguientes detalles debemos acudir a un profesional:
- Inflamación o color rojizo en la zona del cordón.
 - Aparición de secreción amarilla o maloliente.
 - Sangrado abundante. Se considera normal si vemos un pequeño sangrado con la caída o del roce del cordón con el pañal.
 - Retraso de más de 20 días en la caída del cordón.
 - Debemos observar que no haya presencia de ampollas, color rojizo, inflamación, alta temperatura, secreciones, mal olor en el cordón o en la zona de alrededor.

5 Discusión-Conclusión

Después de consultar bibliografías y realizar este capítulo, llegamos a la conclusión de que, teniendo en cuenta estas medidas básicas que mencionamos, realizando como técnica de cuidado, la cura seca, manteniendo una buena higiene y manteniendo limpio y seco el cordón umbilical, desde el nacimiento hasta que se produce la cicatrización y posterior caída del mismo, podemos minimizar e incluso evitar que los gérmenes habituales que se encuentran en la piel de forma natural produzcan infecciones. Por lo tanto, minimizar posteriores complicaciones, evitar que no se produzcan granulomas, promover que la caída del cordón umbilical se produzca en los intervalos de días normales y con todo esto que quede una cicatriz con buena estética.

6 Bibliografía

1. Cuidados del cordón umbilical | EnFamilia [Internet]. aeped.es. <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/cuidadoscordon-umbilical>.

2. Martín temprano M., Fernández García C. “Mejora en el cuidado del cordón umbilical del recién nacido” en Revista de enfermería C y L. Vol.2 N.2 pag

Capítulo 33

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES UROSTOMIZADOS

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

JULIANA HORTELANO HORTELANO

CARMEN ROMERO NAHARRO

LLANOS LOPEZ MORA

ELENA CANTÓ GARCÍA

1 Introducción

La urostomía es una abertura que se realiza en la pared abdominal y siempre hecha mediante una cirugía. Sirve para desviar la orina hacia afuera de la vejiga que está enferma, ha sido lesionada, o que no funciona como debería de hacerlo. Hay varios tipos de urostomía:

- Cutánea: se clasifica en unilateral o bilateral. Solo hay un estoma en un lado, también llamado urostoma, y dos estomas en ambos lados.
- Urostomía tipo Bricker: se utiliza cuando el uréter se inserta en un asa de intestino que está abierta a la piel. La urostomía de Bricker se colocará en el lado derecho del abdomen, aproximadamente a medio camino entre el cordón umbilical y la cresta ilíaca. Las complicaciones más comunes de la urostomía son las que involucran el estoma o la piel circundante, siendo las complicaciones tardías la infección o la necrosis. Una urostomía es una abertura quirúrgica en la pared abdominal para permitir que la orina pase a través de un orificio o estoma, y se

realiza cuando la vejiga está enferma, lesionada o no funciona correctamente. La vejiga se desvía o se extrae. Después de una urostomía, la orina drena a través de una abertura en el abdomen llamada estoma.

2 Objetivos

Indicar los cuidados del personal de enfermería en el paciente con urostomía, unificando los cuidados pertinentes y sus funciones.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda en libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Scielo, además del buscador Google.

4 Resultados

El objetivo principal de la dieta de un paciente de urostomía es mantener el flujo de orina claro, inodoro y en cantidad suficiente, es imprescindible asegurar una ingesta adecuada de líquidos para prevenir infecciones. Se recomienda beber 2-3 litros de líquido al día, preferiblemente agua. No se debe evitar beber agua para orinar menos, ya que la deshidratación reduce la producción de orina y favorece las infecciones del tracto urinario y la formación de cristales y cálculos renales. La técnica de cuidado del estoma del personal de enfermería es la siguiente:

- Posición del paciente: posición supina.
 - Retirar la bolsa anterior y posiblemente la placa.
 - Secar cuidadosamente el estoma con una gasa.
 - Meter la bolsa. Si la bolsa tiene un grifo, debe mirar hacia abajo.
- Para evitar problemas en la piel periestomal, es importante seguir estos consejos:
- Cubrir la cama con un remajo.
 - Evitar el contacto de la orina con la piel; de ahí la importancia de cortar disco al tamaño correcto.
 - Retirar con cuidado las pegatinas de arriba hacia abajo, sujetando poco a poco la piel con la otra mano y no frote la piel.
 - Limpiar el estoma adecuadamente con agua tibia y jabón suave.
 - Cortar el pelo con tijera, nunca con navaja.

- No tomar alcohol.
- Los discos se cambian cada 3 o 4 días, las bolsas se cambian diariamente,
- Medir el tamaño del estoma y ajustarlo.
- Evitar que la orina dañe la piel.
- Si es posible, dejar la piel al aire un rato para favorecer la oxigenación y el secado.

5 Discusión-Conclusión

Es imperativo que el equipo de atención primaria comprenda todo lo relacionado con la urostomía, ya que estos pacientes crónicamente harán más preguntas, solicitudes de colectas y eventos de ostomía. El personal de enfermería debe estar capacitado en el procedimiento a realizar, reduciendo así errores que puedan comprometer la duración y buena protección de la urostomía. Lo más importante es insistir en la hospitalización inmediatamente después de la cirugía y siempre antes del alta, para que los pacientes o sus familiares y seres queridos reciban una adecuada educación sanitaria sobre todos los posibles cuidados y complicaciones que es necesario controlar para que empiecen a mejorar la autonomía y reducir la ansiedad. El personal de enfermería debe tener conocimientos actualizados sobre estos cuidados para poder utilizarlos en la práctica diaria, y ser capaz de realizar una adecuada educación sanitaria para que los pacientes puedan gestionar su propio autocuidado.

6 Bibliografía

1. Cuidados de una urostomía. (2023). Retrieved 16 January, from <https://www.scielo.org>

Capítulo 34

TRATAMIENTO DE ÚLCERAS NEUROPÁTICAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

JULIANA HORTELANO HORTELANO

CARMEN ROMERO NAHARRO

LLANOS LOPEZ MORA

ELENA CANTÓ GARCÍA

1 Introducción

La neuropatía se define como una enfermedad del sistema nervioso periférico, representado un aumento de prevalencia en los pacientes que padecen diabetes desarrollando daños en el sistema nervioso a lo largo de los años de esta patología.

Como consecuencia de la severidad y duración de hiperglucemia, el 60% de los pacientes diabéticos padecen neuropatía y entre un 15 a 30 % sufren úlceras en los pies, considerando así un grave problema de salud pública.

En nuestro país, el 75% de los pacientes diabéticos presentan una úlcera y como consecuencia sufre una amputación del miembro inferior.

La valoración de la herida es el primer paso para llegar a realizar un correcto tratamiento, por eso primeramente se debe evaluar el grado, localización, tamaño,

forma, lecho de la úlcera, exudado, la piel perilesional y dolor son parámetros que nos ayudan a abordar la lesión.

El personal de enfermería es prioritario para los cuidados de úlceras previniendo la infección y curación de esta patología. Para ello existe una serie de protocolos en curas que el profesional utilizará en base a su criterio.

La práctica de enfermería garantiza la realización de cuidados idóneos para cubrir las necesidades individuales de los pacientes a la hora de tratar a un paciente con pie diabético.

2 Objetivos

Describir la función del profesional de enfermería en la curación de la úlcera del pie diabético con el fin de prevenir complicaciones en la misma.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre a 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

La neuropatía está implicada en el 90% de las úlceras con o sin isquemia asociadas, siendo su principal responsable una hiperglucemia constante. Los tipos de neuropatía más frecuentes son neuropatía somática, motora y autónoma.

El personal de enfermería es muy importante en los cuidados de úlceras, ya que ayudan a prevenir la infección y curación de esta patología. Para ello existe una serie de protocolos en curas en los cuales el profesional utilizará en base a su criterio.

Las úlceras neuropáticas se manifiestan con:

- Ausencia de pulso
- Son indoloras
- Aparecen en zonas de presión
- Son muy sangrantes
- Presentan una coloración normal
- La piel está caliente

- Presentan un buen pronóstico de la curación.

La práctica de enfermería garantiza la realización de cuidados idóneos para cubrir las necesidades individuales de los pacientes a la hora de tratar a un paciente con pie diabético.

La valoración de la herida es el primer paso para realizar un correcto tratamiento, se debe evaluar el grado, localización, tamaño, forma, lecho de la úlcera, exudado, la piel perilesional y dolor son parámetros que nos ayudan a abordar la lesión.

El tratamiento de la úlcera consiste:

- Limpieza: consiste en eliminar restos inorgánicos poco adheridos a la piel y tejido necrótico de las superficies con soluciones que no causan daño tisular, se aconseja utilizar suero fisiológico a presión.
- Desbridamiento: su principal objetivo es la eliminación de los tejidos necróticos de las úlceras, para facilitar la cicatrización de la piel. Existen diferentes tipos de desbridamiento como el quirúrgico, enzimático, autolítico y mecánico.
- Apósitos: tras un buen manejo local de limpieza y desbridamiento debemos elegir un apósito adecuado que proporcione un tejido de granulación, además de mantener la herida limpia. Existen una gran variedad siendo los más usados los hidrogeles, hidrocoloides, alginatos y las espumas.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir así que los cuidados del personal de enfermería sobre el tratamiento de las úlceras en el pie diabético es muy importante. Una buena higiene con limpieza constante del tejido, desbridamiento del mismo siempre que fuera necesario y la colocación de apósitos adecuadas para el tipo de úlcera que presente cada paciente. Como se señaló anteriormente se disponen de varios tipos de apósitos con distintos objetivos, ahí el enfermero deberá saber si cuál será el más adecuado según el caso. Por lo que se puede concluir que los cuidados de enfermería son muy fundamentales en este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 35

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HIPOTERMIA TERAPÉUTICA NEONATAL

MARIA ELENA MORA MARTINEZ

JULIANA HORTELANO HORTELANO

CARMEN ROMERO NAHARRO

LLANOS LOPEZ MORA

ELENA CANTÓ GARCÍA

1 Introducción

Vamos a hablar sobre este proceso neonatal por parte del equipo de enfermería de los centros hospitalarios. La encefalopatía hipóxica isquémica (EHI) se define como una disfunción neurológica aguda debida a hipoxia y que es reversible y tratable. La encefalopatía se asocia con una mayor morbilidad perinatal, por otro lado también existen secuelas neurológicas que también pueden ser responsables hasta el 20% de los casos de parálisis cerebral ocurren en la infancia. Hasta hace poco no se disponía de un tratamiento específico en los recién nacidos con encefalopatía hipóxica isquémica además de atención de apoyo.

Se confirma que la disminución de la temperatura corporal en 3 o 4 °C se asocia con reducción de morbilidad y mortalidad utilizando agentes neuroprotectores.

Estos pacientes también están en riesgo de padecer una discapacidad severa. La hipotermia inducida o terapéutica consiste en bajar la temperatura corporal 3-4°C con enfriamiento de todo el cuerpo (hipotermia moderada). Debe iniciarse dentro de las 6 horas posteriores al nacimiento y mantenerse 72 horas. Es una intervención eficaz para reducir la mortalidad y la discapacidad en niños con procesos hipóxico-isquémicos perinatales. El inicio temprano de esta terapia (hipotermia terapéutica) está asociada a mayor beneficio para los niños nacidos con EHI.

2 Objetivos

- Conocer los criterios para el uso de hipotermia terapéutica.
- Describir el manejo del paciente y los cuidados de enfermería con hipotermia terapéutica.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda en libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Scielo, además del buscador Google.

4 Resultados

El retraso en la respiración, apnea después de la reanimación, la hipotonía y/o la hipoactividad, las convulsiones y la falta de respuesta a los estímulos nocivos son signos tempranos de encefalopatía grave. Según la escala de gravedad de Sarnath, la EHI se puede clasificar en leve, moderado o severo.

Los criterios para el uso de la hipotermia inducida son los siguientes:

- Datos perinatales de hipoxia/isquemia periparto: estado fetal, evento hipóxico y distocia de parto.
- Afectación perinatal: pH de cordón menor o igual a 7, apgar de 5 o menos a los 5 minutos, necesidad de reanimación con PPI más de 10 minutos.

Si se dan alguno de los criterios anteriores se debe realizar una valoración neurológica.

Los criterios de exclusión para el uso de la hipotermia inducida son los siguientes:

- Recién nacido en el que se prevé cirugía durante los tres primeros días de vida.
- Neonato que presente anomalías indicativas de mal pronóstico a largo plazo.

- Recién nacido con una edad gestacional menor a 36.
- Neonato con más de seis horas de vida.

100

- Recién nacido crítico o moribundo en el cuál el beneficio de hipotermia inducida sería improbable.

Atención del recién nacido con criterios de EHI en el paritorio y primeros momentos:

En primer lugar se debe apagar la fuente de calor de la cuna de reanimación, es importante evitar la hiperoxia (usar FiO₂ entre el 21 y 30 % e ir aumentando según necesidades). Evitar las expansiones bruscas de volumen (si fuera necesario utilizar suero salino fisiológico) y los bolos de calcio. Administrar bicarbonato solo en reanimaciones avanzadas refractarias y tras haber establecido una ventilación adecuada. Al final de la reanimación monitorizar la saturación de O₂ (si es posible durante toda la reanimación) y registrar la temperatura rectal o en su defecto axilar.

Las medidas iniciales durante el enfriamiento serán las siguientes:

- Colocar en cuna térmica o incubadora sin capota.
- Monitorizar la temperatura central (esofágica: 1/3 inferior de esófago, o rectal: introducir sonda 5 cm del ano) y axilar.
- Monitorización encefalográfica.
- Canalización de vía venosa central.
- Preparación del equipo y dispositivo que se usará para el enfriamiento y conexión del neonato al mismo.
- La temperatura diana ($33,5 \pm 0,5$ °C) se conseguirá en 30-40 minutos y se mantendrá 72 horas.
- Registrar temperatura cada 15 minutos y cada hora durante el mantenimiento.
- Registrar tensión arterial cada 30 minutos inicialmente y cada hora durante el mantenimiento.
- Solicitar ecografía craneal y Electroencefalograma.
- El descenso de la temperatura se realiza más lento en neonatos con necesidades de oxígeno mayores al 50 %.

Se debe reducir el enfriamiento a 34,5-35,5 °C si las necesidades de oxígeno aumentan más del 30 %, si hay coagulopatía o trombopenia grave con sangrado activo que sólo responde parcialmente al tratamiento, si la frecuencia cardiaca es menor a 80 latidos por minuto. Y por último, si el daño cerebral es muy severo se retirará la hipotermia inducida por limitación del esfuerzo terapéutico.

5 Discusión-Conclusión

Es importante entender los criterios de inclusión para el uso de agentes criogénicos.

El tratamiento se puede iniciar lo antes posible para obtener el máximo beneficio del tratamiento. También conocer los criterios de exclusión, este tratamiento puede ser dañino o ineficaz. Las enfermeras deben conocer y saber manejar al paciente durante la hipotermia inducida.

Evaluar los riesgos y problemas que puedan surgir durante el enfriamiento, mantenimiento y recalentamiento para garantizar el cuidado sobre la calidad del recién nacido a lo largo del curso del tratamiento. Los pacientes tratados por hipotermia inducida tendrán una observación neurológica adicional para evaluar su desarrollo psicomotor y parecer una secuela.

6 Bibliografía

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

Capítulo 36

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y LA RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

MARÍA DEL PUERTO DILLANA FERNÁNDEZ

LIDIA FANDIÑO GOMEZ

GLORIA MARÍN HERRANZ

1 Introducción

El sueño es un proceso natural complejo y dinámico, que sigue un ritmo circadiano de aproximadamente 24 horas en el adulto. Es un desarrollo que se inicia en la etapa prenatal y los cambios en su estructura durante la vida están determinados por factores genéticos, constitucionales y ambientales.

Después de una cirugía, los trastornos del sueño y las alteraciones del ritmo circadiano son muy comunes y pueden tener consecuencias graves que retrasen la recuperación del paciente. Estos problemas pueden ser causados por diferentes factores, como el estrés de la propia intervención quirúrgica y la anestesia, el dolor, los medicamentos y el ambiente hospitalario. Estos trastornos pueden causar síntomas como fatiga, ansiedad, delirio y mayor sensibilidad al dolor, lo que puede afectar a la recuperación del paciente, así como al resultado de la cirugía. Además, estos trastornos pueden persistir y afectar la calidad del sueño a largo plazo.

En general, se ha observado que los pacientes presentan una disminución en las etapas del sueño profundo y REM en los primeros dos días después de la cirugía. Luego, entre el día dos y cinco, se produce un aumento significativo en la etapa REM, periodo en el que también se presenta la mayoría de las complicaciones postoperatorias.

2 Objetivos

Describir las causas más comunes que provocan los trastornos del sueño y del ritmo circadiano en los pacientes quirúrgicos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sistematizada de la literatura científica existente. Para ello, hemos consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, para acceder a Medline, Scielo y Google académico. Además, se han consultado páginas web y tesis doctorales sobre los trastornos del sueño que nos han servido de gran ayuda.

Para la búsqueda de artículos en las bases de datos se utilizaron como palabras claves: cirugía, calidad del sueño, paciente postquirúrgico y trastornos del sueño.

4 Resultados

Las causas más comunes que provocan trastornos del sueño y del ritmo circadiano en los pacientes quirúrgicos, son:

Estrés de la cirugía:

El estrés sería la respuesta del organismo a los múltiples factores estresantes que se pueden producir durante la cirugía: dolor, ansiedad, necrosis tisular, invasión de microorganismos, etc. La mayor parte de estas respuestas por sí mismas, provocarían situaciones similares a las detalladas anteriormente, pero sucede que la cirugía siempre lleva consigo anestesia, lo que cambia las respuestas.

Para valorar el nivel de estrés tendríamos que tener en cuenta los siguientes factores:

- Tipo de cirugía: clasificándose, según algunos autores, en:
 - Cirugía de estrés mínimo (herniorrafias inguinales)

- Cirugía de estrés moderado (colecistectomía por laparoscopia)
 - Cirugía de máximo estrés (hemicolectomía)
- Técnica anestésica: Jorge Miguel Correa Padilla en su estudio de investigación llegó a la conclusión de que “La anestesia general oro-traqueal-peridural combinada resulta un método anestésico más seguro y eficaz en el manejo del estrés anestésico-quirúrgico cuando se compara con la anestesia general-oro-traqueal.”
- Horario de la cirugía: por la influencia del ritmo circadiano en la producción de hormonas.

Dolor:

Sufrir dolor afecta significativamente la calidad del sueño de quien lo padece. Una mayor intensidad del dolor se asoció con tasas más altas de trastornos del sueño, una relación recíproca que perpetúa un círculo vicioso entre los dos.

En la actualidad, se reconoce cada vez más la importancia fundamental de la calidad del sueño como un factor independiente en la evaluación de enfoques satisfactorios para el tratamiento del dolor en pacientes quirúrgicos, incluso teniendo en cuenta otras comorbilidades relacionadas con el dolor. Se estima que de un 50 a un 70% de los pacientes con dolor moderado o intenso padecen trastornos del sueño asociados con despertares nocturnos relacionados con el dolor, dificultad para conciliar el sueño y sueño poco reparador. Estos trastornos del sueño están directamente relacionados con la intensidad del dolor del paciente. El dolor provoca una mala calidad del sueño, lo que produce un aumento de la percepción del mismo.

Fármacos:

Ciertos medicamentos que se usan de forma rutinaria en el tratamiento del paciente postquirúrgico con dolor, pueden afectar los patrones del sueño. Aunque se supone que los analgésicos se prescriben para el manejo del dolor, se ha observado que pueden influir en la calidad del sueño y, como se ha comentado en el párrafo anterior, aumentar así la percepción de la intensidad del dolor por parte del paciente. La mayor parte de la investigación en esta área se ha realizado con opioides, especialmente la morfina. En personas con dolor crónico, la administración de morfina inhibió de forma dosis-dependiente la fase REM y SWS (sueño profundo), que son esenciales para el correcto desarrollo fisiológico del ciclo del sueño.

Al considerar la terapia analgésica, no se recomienda el uso de formulaciones de

liberación inmediata como analgesia óptima, ya que los estudios muestran que el uso de formulaciones de liberación retardada reduce la aparición de trastornos del sueño relacionados con los analgésicos.

Ambiente hospitalario:

En casi cualquier unidad hospitalaria, especialmente en los servicios más avanzados tecnológicamente como las unidades de cuidados intensivos, existe un ambiente ruidoso. Un estudio de Buxton et al. de 2012, analiza el efecto del ruido hospitalario en el desarrollo de trastornos del sueño. En el que se llega a la conclusión de que los sonidos provocados por los aparatos tecnológicos son los más considerables, superando la voz humana.

La práctica diaria del personal del hospital interrumpe constantemente las actividades de los pacientes, incluso a deshoras.

Otro aspecto importante es la presencia de luz excesiva durante muchas horas al día. Esto puede afectar el ciclo de sueño y vigilia del paciente y causar alteraciones del ritmo circadiano (Otálora et al., 2011)

5 Discusión-Conclusión

Después de una cirugía, el cuerpo necesita tiempo para sanar y recuperarse. Una buena calidad del sueño puede ser importante para ayudar en este proceso de recuperación. Sin embargo, muchas personas pueden tener dificultades para dormir bien después de una cirugía debido a factores como el dolor, el estrés, la incomodidad y la ansiedad.

Al comprender mejor la relación entre el sueño y la recuperación después de una cirugía, podemos decir que un descanso óptimo provocará una disminución de la ansiedad, del estrés, disminuirán las complicaciones asociadas con la cirugía por lo que la recuperación será más rápida y la estancia en el hospital más corta, evitando el riesgo de enfermedades nosocomiales, además de poder retomar sus actividades en menos tiempo lo que mejorará su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Florea D., Allen M.C., Herrera K., Florea A. Perspectivas actuales del rol de la anestesia en los trastornos del sueño postoperatorio. Revista Chilena de Aneste-

- sia Vol. 51 Núm. 1 pp. 40-46 <https://doi.org/10.25237/revchilanestv5127121803>.
2. Características del estrés anestésico-quirúrgico. [internet]. Rev. Arg. Anest. (2002) 60, 6: 372-378 (citado el 15 de marzo de 2023). Disponible en: https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/281/c.pdf.
 3. Chernow B; Alexander R; Smallridge RC. Hormonal responses to graded surgical stress. Arch Intern Med 1987; 147:1273-1278.
 4. Vera Catalán T. Calidad del sueño y confort en pacientes hospitalizados de la Región de Murcia. Tesis doctoral UCAM. Mayo 2017 (Acceso el 15 de marzo de 2023) Disponible en. <https://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2517/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Capítulo 37

RELACIÓN ENTRE LA DIABETES MELLITUS Y EL CÁNCER

LUIS LARROY ALARCON

MIGUEL PÉREZ GARCÍA-CONSUEGRA

PAULA JIMÉNEZ GUIADO

VIOLETA SIMARRO MARTÍNEZ

CRISTINA MIRANZO HIGUERAS

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad frecuente en los pacientes que padecen cáncer (1). Ambas enfermedades tienen en común numerosos factores de riesgo, como los estilos de vida sedentarios, la edad avanzada, el sobrepeso y el tabaquismo (2). La evidencia también sugiere que la DM es un factor de riesgo para el desarrollo de ciertos tumores como el cáncer de páncreas, el de hígado, el de colon o el de mama (1), ya que la hiperglucemia y la hiperinsulinemia podría provocar daño celular, y contribuir al aumento del riesgo de desarrollar cáncer. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 8'5% de la población mundial mayor de 18 años tiene DM. (1)

En este sentido, la mortalidad anual de las personas con diabetes mellitus es el doble que la de las personas sin ella de la misma edad. Las personas con DM

pueden presentar complicaciones relacionadas con la enfermedad como son insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular o neuropatía periférica. En paciente oncológicos, esta situación puede conllevar una limitación a la hora de utilizar determinados fármacos o reducir sus dosis, lo que puede provocar una menor respuesta a las terapias antineoplásicas y, por tanto, una reducción del tiempo de supervivencia de estos pacientes. (2)

2 Objetivos

- Determinar la relación existente entre la diabetes mellitus y el desarrollo de cáncer.
- Conocer los factores de riesgo, epidemiología, fisiopatología y prevención que relacionan la diabetes mellitus y el cáncer.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos, guía clínicas y protocolos consultando diferentes bases de datos, como son Google Académico y Pubmed. Seleccionando la información más reciente acorde al tema elegido. Para ello se utilizan diferentes filtros como el idioma.

4 Resultados

Epidemiología. En diversos estudios, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha sido asociada a un mayor riesgo de incidencia y mortalidad por cáncer. De este modo, en diversas localizaciones el riesgo de muerte de los cánceres digestivos, ha sido mayor en paciente con DM2; y las mujeres con DM2 tenían un mayor riesgo de muerte por cáncer de mama y ovario. (2)

Fisiopatología.

La DM puede empeorar las comorbilidades relacionadas con el crecimiento tumoral, y favorecer su desarrollo, también puede limitar el tratamiento farmacológico antineoplásico y puede aumentar el riesgo de muerte por causas no relacionadas con el cáncer. (1)(3)

La hiperglucemia provoca la inducción de estrés oxidativo y daño al ADN, lo que puede llevar a las primeras etapas de la tumorigénesis. Esto se produce con la generación de los productos finales de la glicación avanzada (AGE) que estimula el desarrollo de especies reactivas de oxígeno e inflamación. Además, se ha visto

que las células tumorales durante el cáncer cambian su fuente de energía, de la fosforilación oxidativa mitocondrias a una vía glucolítica dependiente de la glucosa. Este proceso se conoce como el efecto Warburg. (2)(3)

La hiperinsulinemia presente en los pacientes con DM2 también contribuye al desarrollo del cáncer mediante la activación de los receptores de insulina, los receptores de crecimiento similar a la insulina tipo 1 y receptores híbridos de insulina, ayudando a la proliferación de células tumorales y la metástasis. (2)(4) Otro aspecto que favorece al desarrollo del cáncer relacionado con la DM es la inflamación crónica, provocando un alto nivel de estrés oxidativo y especies de oxígeno reactivo, producción anormal de adipoquinas y activación de vías proinflamatorias. (2)(4)

Los factores descritos anteriormente, incluyendo también la dislipemia, el microbioma intestinal y adipoquinas y citoquinas contribuyen al desarrollo del cáncer en la obesidad, concretamente a la obesidad abdominal, asociada a la inflamación del tejido adiposo. (2)

Prevención. La prevención tiene mayor probabilidad de éxito en la reducción de la carga de DM2 y las comorbilidades relacionadas con esta. Teniendo como objetivos tener un mayor control glucémico y reducir factores de riesgo cardiometabólicos. (2)

5 Discusión-Conclusión

La diabetes mellitus y, en especial, la hiperglucemia están asociadas a un alto riesgo de desarrollar diversos tipos de cáncer. Los pacientes oncológicos con DM presentan además unas tasas de mortalidad y recaída superiores a aquellos que no la tienen. Y el empleo de determinados fármacos antineoplásicos puede estar limitado por algunas complicaciones clínicas características de la diabetes, como la enfermedad renal, las complicaciones cardiovasculares, neuropatías o el desarrollo de infecciones crónicas, disminuyendo de esta manera las opciones terapéuticas de estos pacientes y, por tanto, su esperanza de vida.

Por ello, es fundamental que el tratamiento y seguimiento de este tipo de pacientes sea abordado por equipos multidisciplinares, en los que exista una gran interacción entre los profesionales en oncología médica, medicina familiar y comunitaria, enfermería y nutrición dietética. Además, la promoción de la educación en hábitos saludables resulta vital y puede contribuir enormemente a reducir factores de riesgo frente a complicaciones clínicas derivadas de ambas patologías.

6 Bibliografía

1. Loiola, P. E. Cáncer y diabetes.
2. García, C. E., & Valverde, A. G. Diabetes mellitus y cáncer: relación, factores de riesgo, interacción entre tratamientos, pronóstico y manejo clínico.
3. Hernández-García Frank, Lazo Herrera Luis Alberto. Relación entre la diabetes mellitus y el cáncer. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2022 Mar [citado 2023 Mayo 16] ; 38(1): e1634. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000100015&lng=es. Epub 08-Abr-2022.
4. Macías, I. M. L., Payas, L. N., Zayas, I. P., Vaillant, A. D., & Alvarez, Y. A. (2022, Febrero). Características clínico-epidemiológicas de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y factores de riesgo asociados al cáncer. En Cuba Salud 2022. 2022.

Capítulo 38

ACTUACIÓN ANTE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS CON PRODUCTOS DEL HOGAR

ALBA GOMEZ DIAZ

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

1 Introducción

En la actualidad, son pocos los hogares que no almacenan productos químicos de uso cotidiano dentro del espacio habitable. Estos productos suponen un grave peligro para la salud de los menores si no se almacenan de forma segura dentro de casa, pudiendo provocar envenenamientos por pesticidas y productos de uso doméstico.

Ha sido la Asociación Estadounidense de Centros de Control de Envenenamiento la que ha revelado que son los niños menores de seis años los que protagonizan más de la mitad de las llamadas dirigidas a esta entidad para alertar respecto a esta problemática.

El veneno es cualquier sustancia que resulta dañina para el cuerpo humano. Cabe destacar que la intoxicación por sustancias venenosas puede ser un acto voluntario o accidental, pudiendo ser inhalado, tragado o absorbido a través de la piel.

Además de los productos químicos del hogar, podemos clasificar como sustancias venenosas aquellos medicamentos que se ingieren en dosis mayores a las prescritas por facultativos.

Los niños son los sujetos más susceptibles a ser intoxicados por su inocencia, deseo de descubrir y aprender e ignorancia del peligro que supone. Muchas sustancias solo se consideran nocivas cuando la dosis es demasiado elevada; sin embargo, los niños son susceptibles incluso a cantidades ínfimas de medicamentos o productos industriales.

La sintomatología aparece de forma inmediata y para la elaboración del diagnóstico son varios los aspectos a tener en cuenta. El tratamiento ante intoxicaciones es siempre el mismo, sabiendo que la actuación parental, preferiblemente la prevención de dichos sucesos, es esencial. La presencia de los mismos cuando ya se haya producido la emergencia facilitará la actuación de los sanitarios.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son y el manejo correcto de los productos que contienen materiales o contenidos químicos peligrosos en el hogar para evitar el envenenamiento.
- Proporcionar recursos a la población con el fin de prevenir emergencias pediátricas.
- Señalar el protocolo de actuación sanitaria ante el envenenamiento en pacientes pediátricos.

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 intoxicación por productos químicos del hogar es una urgencia médica. El desconocimiento de cuáles son estos y su correcto almacenamiento puede llevar a emergencias sanitarias que comprometan la vida de la persona.

Entre los más comunes destacamos: desinfectantes para baños y cocinas, pinturas o pegamento, anticongelantes, cosméticos para el cuidado personal, insecticidas, champú o productos para el pelo de los animales así como para el cuidado del jardín, medicamentos con o sin receta y ciertos metales.

Para evitar una situación peligrosa la actuación principal es la prevención. Todo comienza con el correcto almacenamiento de los productos, a ser posible fuera del alcance de los niños y en armarios cerrados bajo llave. En el caso de productos para mascotas o jardín, podrían ser guardados en el jardín, fuera de la casa, evitando también descuidarlos cuando se están usando.

La nueva forma de etiquetado “Safer Choice” permite elegir entre los productos más seguros para el consumo en el hogar y el medio ambiente. Leer el etiquetado del producto permite entender cuál es el correcto uso y así seguir las instrucciones. No se debe cambiar el envase, por ejemplo de plaguicidas, una vez son usados a otros que puedan confundirse con alimentos o bebidas.

La sintomatología ante envenenamiento es siempre la misma, cursa de forma inmediata y da la cara del mismo modo: náuseas acompañadas o no de vómitos, diarrea, sarpullidos alrededor de la piel o enrojecimiento en la zona bucal, sequedad o saliva espumosa, respiración anormal, pupilas midriáticas o mióticas, confusión, desmayo e incluso ataques convulsivos. En los niños podría resumirse en: salivación, dificultad para respirar, convulsiones, pérdida de conciencia, coloración azul en la piel y llanto constante.

El diagnóstico es facilitado en mayor medida por los padres, quienes pueden aportar la etiqueta del tóxico o definir verbalmente su etiología. El médico examinará exhaustivamente al menor para encontrar signos de alarma, una vez en el centro hospitalario pruebas complementarias como radiografías, análisis de sangre y/o orina mostrarán las sustancias ingeridas.

El tratamiento se resume en valorar las funciones vitales y encaminar los cuidados a su mantenimiento (la respiración, la presión arterial, la temperatura corporal y la frecuencia cardíaca), evitar que el veneno siga absorbiéndose en el organismo y ayudar a su eliminación, administrar los antídotos necesarios en caso de que existan y por último, educar a la familia para evitar la reexposición. Se recomienda vigilancia temprana en el hogar dada el alta hospitalaria, posteriormente seguimiento por parte de su pediatra en atención primaria y si empeora, volver a urgencias.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier tipo de sustancia química usada en el hogar que esté al alcance de niños sin la supervisión de un adulto, es susceptible de provocar una situación de emergencia por envenenamiento.

En los niños, dosis muy pequeñas pueden dar lugar a enfermedades graves o incluso la muerte si la exposición a dichos productos es reiterada, debido a que son más sensibles que los adultos.

La supervisión de los adultos facilita el diagnóstico en el centro hospitalario, ya que pueden aportar la etiqueta, el bote del producto o en su defecto definirlo oralmente.

Los sanitarios trabajarán en el tratamiento oportuno según la sintomatología presentada y los resultados de las pruebas complementarias.

6 Bibliografía

1. Environmental Protection Agency United States. Prevenga los envenenamientos en su hogar. MedinePlus (Internet). 24 JUNIO 2022. Disponible en: <https://espanol.epa.gov/espanol/prevenga-los-envenenamientos-en-su-hogar>.
2. Robert “Chuck” Rich, Jr., MD, FAAFP. American Academy of Family Physicians; c2023. (Internet). Envenenamiento. Octubre 2022. Disponible en: <https://es.familydoctor.org/condicion/envenenamiento-es/?adfree=true>.
3. Beltrán C, Martín M, González C. Revista Sanitaria de Investigación (RSI). Dialnet (Internet). 11 Enero 2022. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/intoxicacion-a-proposito-de-un-caso/>.

Capítulo 39

REVISIÓN DE LA MPOX: EPIDEMIOLOGÍA, ASPECTOS CLÍNICOS, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

LUIS LARROY ALARCON

MIGUEL PÉREZ GARCÍA-CONSUEGRA

PAULA JIMÉNEZ GUISADO

VIOLETA SIMARRO MARTÍNEZ

CRISTINA MIRANZO HIGUERAS

1 Introducción

MPOX es una enfermedad zoonótica emergente que se ha propagado rápidamente por todo el mundo y que ha sido declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una emergencia de salud pública de interés internacional.

(1)

La MPOX está causada por un ortopoxvirus que pertenece al mismo género que el virus Variola (agente que causa la viruela) y el virus Vaccinia (el virus que se utiliza en la vacuna contra la viruela). Tras la erradicación de la viruela, la MPOX se ha convertido en el ortopoxvirus más significativo y patógeno de los humanos.

(2)

Por lo general, esta zoonosis afecta en zonas de selva tropical de África central y occidental y, esporádicamente, se exporta a otras regiones. El reciente brote del MPOX se ha expandido a 77 países de varios continentes; hasta el 27 de julio de 2022 se han notificado 20.648 casos confirmados por laboratorio. (2)

En el brote actual, la principal forma de contagio de la enfermedad es la transmisión durante las relaciones sexuales, como resultado del contacto físico cercano. Los primeros casos que se informaron fueron hombres que tienen sexo con hombres, pero cualquier persona en contacto cercano con personas o fómites infectados por la enfermedad está en riesgo. (1)

Para que una enfermedad sea catalogada como PHEIC, debe cumplir los siguientes criterios: un evento extraordinario, que constituye un riesgo para la salud pública entre países a través de la propagación internacional, y que potencialmente requiere una respuesta internacional coordinada. (2)

2 Objetivos

- Conocer la distribución epidemiológica y las características clínicas de la MPOX
- Exponer el tratamiento, así como la prevención de la enfermedad MPOX.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos, guías clínicas y protocolos consultando diferentes bases de datos, como son PubMed y Google Académico. Seleccionando la información más reciente acorde al tema elegido. Para ello se utiliza diferentes filtros como el idioma.

4 Resultados

Epidemiología. La MPOX se aisló por primera vez en Dinamarca, en una colonia de monos *Cynomolgus* provenientes de un laboratorio de Singapur, los que culares se estaban utilizando para la investigación del virus de la poliomielitis. Y se identificó por primera vez como una causa de enfermedad en humanos en la República Democrática del Congo en 1970. Estos estudios determinaron que la vacuna contra la viruela daba una protección del 85% contra la MPOX. (1)

Desde entonces, se han encontrado casos de MPOX en África central y occidental, donde esta enfermedad es endémica. Los primeros casos de MPOX en humanos

datan de 2003, con un total de 47 casos. Y el mayor brote anterior en humanos se produce entre 2017 y 2018. (1)

Y el 7 de mayo de 2022, se confirma el primer caso en Europa, en un ciudadano del Reino Unido que viajaba desde Nigeria. Y el 23 de julio, la OMS declaró este brote de MPOX una emergencia de salud pública de interés internacional. (1)

Vía de transmisión y contagio. Como enfermedad zoonótica, la MPOX se adquiere a través del contacto con un animal infectado (fluidos corporales, mordeduras o ingesta de carne de animales silvestres). (2)

El contagio de persona a persona se puede producir de varias maneras: (2)

- Contagio directo: a través de heridas, costras o fluidos corporales.
- Contacto indirecto mediante fómites.
- Secreciones respiratorias: por microgotas.
- Transmisión vertical: a través de la barrera placentaria.

Manifestaciones clínicas. El tiempo de incubación varía entre 5 y 13 días. La MPOX produce una enfermedad sistémica que se divide en dos fases: período de invasión y erupción cutánea. (1)

El período de invasión, dura de 0 a 5 días, y produce síntomas sistémicos comunes como fiebre, cefalea intensa, linfadenopatía, mialgias, astenia intensa y odinofagia. (1)(3)

La erupción cutánea empieza a los 1-3 días tras la fiebre, y tiende a afectar a cara, piernas, tronco, brazos, palmas, genitales y plantas. (1)(3)

Las complicaciones mas frecuentes son dolos, ulceración y sobre infección bacteriana. Y la afectación neurológica y la sepáis por sobre infección bacteriana son las con complicaciones con mayor letalidad. Teniendo la MPOX una letalidad del 1-13% en África. (1)(3)

En el brote de 2022, la mayoría de personas pasa la MPOX como una enfermedad leve. En cambio algunos pacientes desarrollaron complicaciones graves como proctitis, faringoamigdalitis ulcerosa, edema genital, sobreinfección bacteriana grave y compromiso ocular. (1)(3)

Tratamiento. El pilar de la terapia para la MPOX es el tratamiento sintomático, ya que no existe tratamiento específico para la enfermedad. (2)(3)

Así, en el tratamiento sintomático se utilizan antitérmicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), analgésicos y antibióticos. (2)(3)

Y también se puede utilizar medicamentos antivirales para la viruela en pacientes con MPOX como son Tecovirimat, Brincidofovir y Cidofovir. (2)

Prevención. La vacunación es el método de prevención que hay para defenderse

contra la MPOX. La vacunación contra la viruela otorga una protección cruzada contra la MPOX, de hasta el 85%. Y el efecto puede disminuir con el tiempo. (3)

5 Discusión-Conclusión

La MPOX se ha considerado una enfermedad esporádica, con capacidad limitada para propagarse entre humanos. En cambio, en zonas de África central y occidental se trata de una enfermedad potencialmente letal. Y en los últimos años se han producido aumentos de los casos, hasta llegar al brote mas grande en Europa en 2022.

En dicho brote la principal vía de transmisión ha sido el contacto sexual. Produciendo inicialmente erupciones en las regiones genital o anal. Las complicaciones locales son frecuentes, pero no representan en la mayoría de los casos una gravedad importante. Y siendo los niños y las personas inmunodeficientes lso grupo de mayor riesgo.

Para el diagnóstico de la MPOX es necesario la detección de ADN del virus de una muestra lesionala mediante PCR.

De este modo, la prevención, los programas de vigilancia y detección son fundamentales para entender la epidemiología y biología del MPOX, ya que se encuentra en continuo cambio como enfermedad reemergente. A día de hoy, la MPOX se considera una emergencia de salud internacional. Pero no se recomienda la vacunación contra el MPOX para la población general.

6 Bibliografía

- 1- Gonzalo, A. C., Riera, J., & Fuertes, I. (2023). MPOX (antes viruela del mono): revisión de los aspectos clínicos, epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos más relevantes para el dermatólogo. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. <https://dio.org/10.1016/j.ad.2023.01.002>
- 2- Franco L., Alex O., Moreno-Samper, Dayany, & Chaparro-Mérida, Nataniel Aldo. (2022). Viruela del Simio. *Revista chilena de infectología*, 39(4), 457-466. <https://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182022000400457>
- 3- Rondón Carrasco, J., Fajardo Rodríguez, M., & Morales Vázquez, C. (2023). Caracterización clínico-epidemiológica de la infección por viruela del mono. *Mediciego*, 29(1), e3565. Recuperado de <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/3565>

Capítulo 40

CONVULSIONES INFANTILES. DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PAUTAS BÁSICAS DE ACTUACIÓN

ALBA GOMEZ DIAZ

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

1 Introducción

Las convulsiones son la expresión clínica de una disfunción del Sistema Nervioso Central, la expresión de una alteración motora que puede tener diversa etiología y que, además, puede llegar a ser complicado de identificar y abordar.

Son una modificación temporal súbita que dependiendo de la localización pueden ser motores, sensitivos o de conducta física. Encontramos diversas tipologías de convulsiones en base a su duración, y pueden ser sintomáticas o idiopáticas. Cuando una crisis se repite en varios episodios, definimos este fenómeno como epilepsia.

En el paciente pediátrico, la causa principal de convulsión es la fiebre, se presupone que un 2-4% de todos los niños ha sufrido algún episodio. La tipología

febril de los periodos convulsivos es la urgencia pediátrica de carácter neurológico más frecuente.

Según criterios generales, el origen de estas crisis puede ser focal, generalizado, desconocido o focales con evolución bilateral. Los síntomas motores dan la cara en las crisis focales, generalizadas y desconocidas, mientras que la afectación del nivel de conciencia se da solamente en las focales.

La anamnesis se realiza mediante la historia clínica de urgencias de forma simultánea al tratamiento. Se pretende determinar si el paciente tiene fiebre (para descartar infección); la existencia de crisis previas que hayan sido ya tratadas y medicadas o enfermedades relacionadas; señalar factores predisponentes según la edad y otros antecedentes, así como si son accidentales o no.

En cuanto al personal sanitario respecta, es muy importante saber manejar las crisis convulsivas y educar a los familiares para controlarlas a nivel extrahospitalario, ya que pueden ser el inicio de procesos agudos graves. La mayor parte de las crisis duran pocos minutos, cesando después de la actividad convulsiva. Son motivo de alarma, pueden provocar que el niño tiemble, se mueva con violencia e incluso se caiga.

2 Objetivos

- Aumentar el conocimiento como profesional sanitario acerca de las convulsiones
- Comprender las distintas causas de estas
- Diferenciar los diferentes tipos de crisis
- Conocer cuáles son las pautas básicas de actuación

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica basada en la revisión de la literatura científica ya publicada. Han sido consultadas diversas bases de datos como Pubmed, MedinePlus, Web of Science y Google Académico.

Se utilizaron palabras clave como “convulsión febril” “crisis convulsiva” “pediatría” “primeros auxilios”

Fueron empleados operadores booleanos como AND y OR para la combinación de palabras clave y discernir entre los estudios más relevantes.

Se seleccionaron, finalmente, aquellos artículos que se ceñían a los objetivos previamente establecidos, apoyándose en los criterios de inclusión y exclusión para la pregunta de la investigación.

4 Resultados

Como ya ha sido citado, las convulsiones infantiles son la expresión clínica del Sistema Nervioso Central, una modificación temporal súbita que dependiendo de la localización pueden ser de movimiento, sensación o conducta física. Atendiendo al grupo de edad podemos establecer distintas tendencias etiológicas: neonatos, lactantes o niños.

Definimos una crisis como sintomática cuando el estímulo causante de la misma es conocido; es idiopática cuando el estímulo puede ser de origen genético, pero se desconoce; y dependiendo de la edad hay diferentes tipos en base a la etiología, que en el caso de los lactantes y niños son las crisis febriles.

Las crisis febriles suponen entorno a un 3% del 15% de la incidencia de las crisis convulsivas en menores de 15 años, y hay dos tipos:

- Típicas: entorno al 85% de las crisis febriles, son crisis generalizadas y la duración es menor de 15 minutos. No son crisis recurrentes.
- Atípicas: entorno al 15% de las restantes, son crisis focales que duran más de 15 minutos, recurrentes y con alteraciones posteriores.

Para la elaboración del diagnóstico se realiza un examen físico diferenciando entre sepsis o HTC. Signos que nos ayudan son:

- Sepsis: perfusión baja, HipoTA, fiebre...
- PIC elevada: bradicardia, HTA, vómito...
- Exploración general
- Exploración neurológica: teniendo cuidado con la administración de tratamiento anticonvulsivante

Las pruebas complementarias se realizan dependiendo de la clínica y la etiología que presente, ya que no hay indicaciones absolutas que recomienden su realización. Entre las más utilizadas destacamos: estudio metabólico, punción lumbar, niveles sanguíneos anticonvulsivantes, ecografía cerebral, tomografía axial

computerizada (TAC), resonancia magnética (RM) y electroencefalograma (EEG).

El tratamiento comienza con la ratificación de una buena oxigenación, ventilación y función cardiovascular. El tratamiento anticonvulsivo de elección inicial son las benzodiacepinas, recalando que no es necesario el acceso intravenoso para iniciar el tratamiento en una crisis. El midazolam se administra:

- Vía bucal (0.2-0.3 mg/kg) máximo 10 mg
- Intramuscular (0.2 mg/kg) máximo 10 mg
- Intranasal (0.2 mg/kg)

Las tres dosis anteriores son tan eficaces como el diazepam intravenoso y superior al diazepam rectal (0.5 mg/kg) siendo el máximo 10 mg.

Puede repetirse una segunda dosis a los 5 minutos si no ha cedido la crisis. Este tratamiento no aumenta el riesgo de que se produzca depresión respiratoria, pero sí que aumenta con más de dos dosis benzodiacepinas, así que se recomienda usar fármacos de segunda línea como la fenitoína o el ácido valproico intravenoso.

Las medidas de primeros auxilios que hay que seguir son las siguientes:

- Tumbar al niño y lateralizarlo evitando que se haga daño, procurando hacerlo en un ambiente tranquilo y relajado.
- Comprobar la respiración, aflojar la ropa y en caso de tener fiebre, retirarla.
- Si la crisis dura más de cinco minutos o es la primera que experimenta, hay que llamar al servicio de emergencias. Es crucial medir el tiempo que ha estado convulsionando y no dejarlo nunca solo.
- Durante la crisis convulsiva no se debe sujetar al niño, y si no estamos seguros de que lo sea, es preferible tocarlo suavemente y llamarlo por su nombre.

En resumen, es necesario llamar al servicio de emergencias si es su primera convulsión, si ha durado más de cinco minutos, si está experimentando más de una seguida y no es capaz de recuperarse entre ellas, si no despierta al terminar la crisis convulsiva y tiene dificultad para respirar o si presenta diabetes o alguna afección peligrosa.

5 Discusión-Conclusión

Hay numerosas y distintas causas que dan lugar a estos periodos y por tanto las formas de actuación serán igual de diversas.

La frecuencia es relativamente elevada, por lo que la probabilidad de encontrarnos ante una de ellas crece. La educación sanitaria extrahospitalaria es funda-

mental para que, siguiendo unas pautas básicas de primeros auxilios, una crisis pueda ser correctamente identificada y tratada hasta que la atención sanitaria llegue.

Queda registrado que es la urgencia pediátrica de carácter neurológico más frecuente, por ello, es esencial conocer las causas y métodos de actuación mínimos en estos casos, para poder ejercer nuestra labor como profesionales de la salud y poder ayudar al niño.

6 Bibliografía

- 1 Ruiz-García M. Convulsiones febriles. Acta pediátr Méx [Internet]. 2015 [citado el 18 de mayo de 2023];36(5):424. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000980.htm>
- 2 Epilepsia en niños [Internet], Medineplus.gov. [citado el 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007681.htm>
3. Laino D, Mencaroni E, Esposito S. Manejo de las convulsiones febriles pediátricas. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2018 [citado el 18 de mayo de 2023];15(10):2232. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30321985/>
- 4 Tiwari A, Meshram RJ, Kumar Singh R. Convulsiones febriles en niños: una revisión. Cureo [Internet]. 2022 [citado el 18 de mayo de 2023];14(11):e31509. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36540525/>

Capítulo 41

PERFIL PSICOLÓGICO DE MENORES ACOSADOS. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE LA ENFERMERÍA

ALBA GOMEZ DIAZ

ANA BELÉN SÁNCHEZ PASTOR

ANA CABALLERO GARCIA-CARPINTERO

JOSE ANTONIO BRAVO MALAGÓN

CARMEN RAMIREZ ROSILLO

1 Introducción

La presente revisión bibliográfica se basa en el análisis del acoso escolar, buscando profundizar en la descripción del perfil psicológico de aquellos que lo sufren. Y así, examinar la génesis de este fenómeno, cuál es el contexto en el que se desarrolla, las características que posee y las repercusiones que acarrea. De este modo, averiguar la manera de detectarlo, tratarlo y favorecer entornos seguros y saludables dentro de la atmosfera escolar.

El acoso escolar se desarrolla en mayor medida en la Escuela de Educación Primaria, posteriormente en adolescentes y no siendo extraño, todavía entre adultos. Aunque la tendencia es pensar que tras culminar el proceso madurativo estas conductas ceden por completo, podemos encontrar casos de acoso laboral y/o familiar, entre ellos.

En la Escuela se dan cuatro tipos de aprendizajes fundamentales, que son: “Aprender a conocer”, “Aprender a hacer”, “Aprender a ser”, “Aprender a vivir juntos”, que necesitan que se den unas condiciones sociales adecuadas para poder llevarse a cabo. Cuando entra en juego el acoso escolar el clima sobre el que el alumno se desenvuelve cambia y la eficacia de la interacción social se ve mermada, afectando negativamente al desarrollo del proceso.

Los términos más conocidos para definir este suceso son: acoso escolar, bullying (del inglés bully, que significa matón), o violencia entre iguales, siendo este último término el más adecuado. Los autores Smith y Sharp propusieron un concepto genérico para referirnos al bullying, tratándolo como una relación cotidiana entre diversos sujetos en la cual se ejerce un abuso persistente de poder de unos sobre otros, es decir, se manifiesta una desigualdad de fuerzas que conlleva a una relación de dominio-sumisión entre los implicados.

Encontramos cuatro tipos de bullying: físico, verbal, psicológico y social o las agresiones por las redes sociales o medios electrónicos. En cuanto a la etiología distinguimos: bullying racista, acoso sexual, bullying homófobo y cyberbullying.

Los actores de base del acoso escolar son la víctima o agredido, el victimario o agresor y el tercero u observador espectador. Es muy común pensar que este fenómeno sucede siempre entre dos personas únicamente, víctima y agresor, cuando en realidad son más los implicados.

La víctima presenta una sintomatología que se encuadra dentro de los trastornos de ansiedad. Casi de forma unánime presentan fobia escolar o social, primariamente por un insuficiente desarrollo de las habilidades de relación y posteriormente por la crisis de angustia que experimentan como consecuencia de la opresión a la que están sometidos.

La enfermería ha encontrado un campo de estudio muy amplio y se ha vuelto un reto encontrar medias para la prevención del acoso y el manejo ya no solo de la víctima, el agresor y los observadores, también de la institución educativa, las familias e incluso los centros sociosanitarios. Incluyendo todos estos componentes se desarrollan planes de prevención e intervención que engloban holísticamente el problema y que tratan a la comunidad en su conjunto.

Una figura emergente es la enfermera escolar, que abogará por mejorar la salud de los menores en etapa escolar, actuando como promotora de esta. Ejercerá sus funciones en la institución educativa para abordar este fenómeno de forma

común e implantar medidas de prevención y metodologías de intervención, así como planes de cuidados en los colegios con el fin de controlar esta problemática y cubrir las necesidades de los implicados.

2 Objetivos

- Llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre el acoso escolar para poder definir qué es, quiénes participan en él y la sintomatología que presenta
- Estudiar el perfil del menor acosado y los tipos de problemas que surgen en el entorno escolar
- Plantear cuál es el trabajo de la enfermera dentro del abordaje de esta problemática y establecer las bases de la intervención terapéutica

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica de artículos científicos y poder realizar esta revisión bibliográfica, se utilizaron las bases de datos estandarizadas nacionales e internacionales: Scielo, Medline, Dialnet y Pubmed.

Las palabras que fueron utilizadas como soporte para la búsqueda en bases de datos, según los criterios DESC y MESH fueron: “acoso escolar”, “menores acosados”, “víctimas de acoso”, “enfermera escolar”, “violencia entre iguales”.

Además de la combinación de los booleanos AND, OR y NOT, que sirvieron de apoyo en la búsqueda de artículos en bases de datos tanto en inglés como en español.

Fueron seleccionados los artículos en formato PDF, con texto completo y gratuito, de fácil lectura y comprensión y con una fecha mínima de 2010. Siendo excluidos aquellos cuyo formato no era PDF, el texto no aparecía completo o no era gratuito, su comprensión no era buena o no estaban publicados en revistas reconocidas, así como fechas inferiores a 2010.

4 Resultados

Los actores del acoso escolar son los responsables directos de esta problemática. Aunque hay muchos agentes involucrados, de forma global podemos dividirlos en tres grupos, que son la víctima o agredido, el victimario o agresor y el observador o espectador. Esta revisión bibliográfica se centrará en el perfil del menor acosado, es decir, de la víctima.

La víctima o agredido, es aquel que recibe de forma directa todo acto de abuso. Habitualmente no es consciente de lo que sucede y además, carece de las herramientas adecuadas para hacerle frente. Por ello, le resulta complicado salir de la dinámica en la que ha entrado. Existen dos tipos de víctima en conformidad con la réplica que manifieste:

- Pasivas o sumisas: son aquellas cuya reacción al acoso es escasa o nula. Normalmente son personas vulnerables que muestran su afectación expresando sentimientos de dolor, decaimiento o ansiedad. Suelen ser aquellos con estatus escolar más bajo, escasa asertividad y con dificultades para la comunicación natural o la empatía. Tienen baja autoestima porque suelen presentar características como sobrepeso, rasgos físicos menos atractivos, discapacidades y un rendimiento escolar inferior.
- Activas o agresivas provocadoras: en este tipo de víctima la reacción ante el abuso es irritante, actuando compulsivamente pudiendo llegar a usar la violencia física y verbal. Son conflictivos porque se encuentran aislados del grupo escolar, son altamente impopulares y sus lazos sociales son escasos. En ocasiones también se desenvuelven en entornos hostiles en su núcleo familiar. Llegan a mezclar su condición con la de agresor, pero no se les juzga de la misma manera porque sus acciones son la respuesta a un estímulo de acoso previo.

Los alumnos que son víctimas de acoso escolar muestran índices de escasa valoración del autoconcepto, cosa que sucede de forma contraria en el caso de los agresores. La regulación emocional en aquellos que abusan de otros compañeros está desajustada y tienen problemas para modularla, son mucho más impulsivos y actúan en consecuencia aprovechándose de la superioridad que sienten respecto de quienes son víctimas.

Algo que sí que les caracteriza de manera positiva es que tienen unos niveles de empatía moderados. Digamos que se encuentran en un nivel intermedio entre los espectadores, quienes suelen tener los niveles más elevados, y los agresores, que en la mayoría de los casos destacan por no presentar sentimientos empáticos.

El miedo que tienen a provocar al agresor y que la dinámica de abuso continúe, les hace ser facialmente inexpresivos cuando se encuentran envueltos en una disputa. Se quedan paralizados e intentan no mostrar ningún tipo de emoción para esconder los sentimientos de vergüenza e indefensión.

Tal es la repercusión que ha tenido esta problemática que se ha concretado que el papel que tienen los docentes es esencial. Son los primeros que deben sospechar estos casos y dar la voz de alarma, aunque desgraciadamente esta no es una tarea

fácil. Frente a esta condición surge la necesidad de profesores y padres de recurrir a los profesionales de la salud, más comúnmente a los enfermeros, para poder hacer intervenciones de promoción y educación para la salud entre los más jóvenes en los centros educativos.

Una figura emergente es la de la enfermera escolar. La labor que desempeña está encaminada a hacer comprender a los chicos el concepto de salud, comparando el estado de bienestar con una balanza en la que conviven salud y enfermedad al mismo tiempo. Entonces, el nivel de salud que tendrá cada persona dependerá del lado hacia el que esté orientada la balanza. El profesional de enfermería tratará de aportar unas herramientas sencillas y eficaces a los alumnos para conocer cuáles son los recursos generales de resistencia (como el dinero, los hábitos saludables...), la forma más adecuada de utilizarlos y de este modo generar salud.

La estrategia más adecuada que se utiliza es la de prevención, ya que nos permite frenar las situaciones que afectan al desarrollo interpersonal y no generan ambientes saludables para la integración. El objetivo principal es, tras detectar los factores de riesgo, imponer medidas correctoras ante los mismos y potenciar los factores de protección.

Tras detectar cuáles son los factores de riesgo, otra de las tareas principales es hacer una buena planificación de la convivencia escolar siguiendo estos pasos:

1. Evaluar cómo es la convivencia en el centro.
2. Observar cuáles son las actuaciones encaminadas a mejorar la convivencia por parte del centro. Para ello se trabaja sobre: a. La diversidad del centro y el alumnado en todas sus dimensiones. b. Una serie de normas que regulen el comportamiento de profesores y alumnos. c. Una educación en valores basada en competencias que mejoren la convivencia escolar y prevengan conflictos
3. Planificar actuaciones individualizadas para cada aula, puesto que es el grupo sobre el que las acciones son más eficaces
4. Valorar cómo es la convivencia en el núcleo familiar y el entorno social.
5. Evaluar cuán eficaz ha resultado la intervención

Las estrategias que proponga la enfermería irán encaminadas al reconocimiento de los sentimientos y al desarrollo de habilidades de afrontamiento del estrés y mejora del autoconcepto. Básicamente toda intervención debe tener unas expectativas positivas y flexibles que se adapten a las adversidades y puedan prever los factores de riesgo y adelantarse a ellos.

Una buena intervención frente al acoso escolar comienza con la sospecha. De-

spués, hay que preguntar al menor qué está sucediendo y cómo se siente, creando un ambiente de confianza que le permita exponer sus sentimientos. Las estrategias de afrontamiento que se centran en el acercamiento del problema y al refuerzo del apoyo social entre niños y niñas, aumentan la prosocialidad y denotan una mejor adaptación y resolución del conflicto entre iguales.

Seguir estos pasos es de vital importancia, ya que la mayoría de los casos pasan desapercibidos, los daños causados a la víctima ya son demasiado graves cuando detectan e incluso la intervención puede ser ineficaz y la víctima termina abandonando el centro.

5 Discusión-Conclusión

El acoso escolar consiste en la exposición reiterada y de forma continua en el tiempo de acciones negativas por parte de uno o varios estudiantes hacia un compañero del grupo o varios. Se caracteriza por un desequilibrio de poder que implica una relación de dominio-sumisión entre los implicados, generando sentimientos de indefensión y rechazo. Es observable en todos los casos la intencionalidad de hacer daño.

Todas las materias que se han implicado en el estudio del bullying y se han esforzado en definir el perfil psicológico de la víctima, han llegado a la conclusión de que encasillarla es complicado, pero sí hay unos rasgos y características de la personalidad que se repiten.

La intervención en casos de acoso debe realizarse de forma global, incluyendo a las víctimas, los agresores, los terceros, las familias y el equipo docente junto con la institución educativa en su conjunto. A ellos se une la enfermera escolar, figura en auge que actuará como promotora de salud en las aulas proponiendo actividades basadas en la recuperación del equilibrio emocional y psicológico de los implicados para favorecer su desarrollo personal.

La principal conclusión extraída de esta revisión bibliográfica es que es primordial distinguir de forma precisa los casos de bullying de los que no lo son, controlar el foco del problema y actuar de forma directa sobre él. Es una necesidad abordar este fenómeno de forma global incluyendo en la intervención a la víctima y a todo su entorno, ensalzando la figura de la enfermera escolar. Fomentar actitudes prosociales, así como la gestión de las emociones y la comunicación asertiva son actitudes protectoras frente a los factores de riesgo predisponentes

de acoso escolar.

6 Bibliografía

1. Paula Armero Pedreira, B Bernardino Cuesta. Acoso escolar. 30-01-2012 [Internet]. 2011;13(52). Disponible en: <https://pap.es/articulo/11625/acoso-escolar>.
2. Margarita Maria Cano-Echevarri, Enrique Jorge Vargas-Gonzalez. Actores del acoso escolar. 31/01/2018 [Internet]. 30 de julio de 2017; Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/14221/11101>.
3. Virginia Sánchez Jiménez, Rosario Ortega Ruiz, Ersilia Menesini. La competencia emocional de agresores y víctimas de bullying. *An Psicol.* 2012;28(1):71-82.
4. María Concepción Ruiz Gippini, Raquel Rodríguez Lagares, Carlos Llanes Álvarez, Cristina Blanco Dorado. Acoso Escolar. *Bullying.* abril de 2019;51(4):198-9.
5. Cecilia Beatriz Moreno-Bataller, María Emilia Segatore-Pittón, Ángel Javier Tabullo-Tomás. Empatía, conducta prosocial y «bullying». Las acciones de los alumnos espectadores. *LA Referencia.* 2019;37(113-134):22.
6. Juan José Nicolás Guardiola. Acoso Escolar. *Asoc Col Criminólogos Murcia Esp.* 2011;VII(7):3.
7. Francesc Sidera, Elisabeth Serrat, Jordi Collell, Georgina Perpiña, Robinson Ortiz, Carles Rostan. Bullying in Primary School Children: The Relationship between Victimization and Perception of Being a Victim. *Int J Environmental Res Public Health* [Internet]. 2020;17(24). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17249540>.

Capítulo 42

REVISIÓN DEL SARAMPIÓN: EPIDEMIOLOGÍA, ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

LUIS LARROY ALARCON

MIGUEL PÉREZ GARCÍA-CONSUEGRA

PAULA JIMÉNEZ GUISADO

VIOLETA SIMARRO MARTÍNEZ

CRISTINA MIRANZO HIGUERAS

1 Introducción

El sarampión es una enfermedad causada por un virus ARN del género de los Morbillivirus que forma parte de la familia Paramyxoviridae. En 1846, se confirmó que la enfermedad era contagiosa, gracias a Panum en las Islas Feroe. Y en 1954, Ender y Peebles aislaron por primera vez el virus en el laboratorio. Es una enfermedad con un alto potencial de contagio por contacto directo con gotitas de Flügge, pero prevenirle gracias a la vacunación. El grupo con mayor riesgo de padecer el sarampión son los niños menores de 5 años, que no han recibido la vacunación contra ella. (1)(2)

Las tasas de mortalidad pueden ascender hasta el 25%, sobre todo en niños con desnutrición, deficiencia de vitamina A o inmunosupresión. La enfermedad

tiene diferentes complicaciones que afectar diversos sistemas, las cuales aparecen hasta en el 40% de los casos. Y la principal causa de muerte es la neumonía. (2)

La enfermedad se caracteriza por fiebre, tos y conjuntivitis, seguida de una erupción maculopapular que tiene su inicio en la cara. Tiene un período de incubación de 7 a 21 días. (3)

El tratamiento se basa principalmente en mediación de soporte y en el reconocimiento temprano de la enfermedad para prevenir la propagación. (2)

2 Objetivos

- Conocer la epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas y las complicaciones del sarampión.
- Exponer el diagnóstico y el tratamiento, así como la prevención de la enfermedad

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos, guías clínicas y protocolos consultando diferentes bases de datos, como son PubMed y Google Académico. Seleccionando la información más reciente acorde al tema elegido. Para ello se utiliza diferentes filtros como el idioma.

4 Resultados

Epidemiología

El sarampión se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Ya que antes de la implantación en el esquema de vacunas en 1980, el sarampión era causante de más de 2 millones de muertes al año. (2)

En 2001, se presentó la iniciativa contra el sarampión y la rubéola, en la que participaron la Cruz Roja, Naciones Unidas entre otros organismos. Cuyo objetivo era lograr que ningún niño muriese de sarampión o naciera con síndrome de rubéola congénita. Así en 2002 se logró la interrupción de la transmisión endémica en las Américas, y en 2016 la OMS declaró esta región libre de sarampión. (3)

En 2015 la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó las recomendaciones que deben seguir todos los países para reducir la transmisión del virus, las

cuales incluyen vacunaciones superiores a 95% de la población de las primeras dos dosis de la vacuna triple viral. (3)

También la OMS, advirtió en 2019 el aumento global de los casos de sarampión de un 30% en los últimos años, por posible consecuencia a la existencia de movimientos anti-vacuna y el rechazo de la gente a vacunarse por ignorancia o desconocimiento de la enfermedad. (1)(4)

Fisiopatología

El sarampión es un virus de tipo ARN de cadena sencilla, no fragmentado, que tiene alrededor de 16000 nucleótidos y codifica ocho proteínas. Es muy contagioso, y lo hace mediante fómites y secreciones respiratorias, permaneciendo activo en el ambiente o en superficies siendo capaz de contagiosas durante varias horas. (2)

El sarampión comienza su multiplicación a nivel del epitelio respiratorio y el sistema fagocítico mononuclear afectando fundamentalmente linfocitos, células dendríticas y macrófagos alveolares, lo que desencadena una fase de viremia aguda. Por lo que el virus se disemina por el torrente sanguíneo e invade células epiteliales y endoteliales de diferentes órganos. (2)

La fase de viremia acaba entre la segunda y tercera semana de haber iniciado el proceso. Pero el ARN viral puede permanecer hasta 6 meses posteriores a la infección en los órganos linfoides. (2)

Manifestaciones clínica y complicaciones

En la fase inicial, en al que se encuentra el periodo de incubación. El paciente puede ser asintomático o presentar manifestaciones sutiles. La siguiente fase es la fase prodrómica en la que pueden aparecer síntomas como fiebre, malestar general o tos, que se acentúan hasta cuatro días previos a la aparición del exantema. La aparición de las manchas de Koplik, que son pequeñas pápulas blancas ocurre de forma previa a la fase exantemática y suelen desaparecer antes de la resolución del exantema. (1)(2)

El mayor grado de contagiosidad se da desde los cuatro días previos a la aparición del exantema hasta cuatro días posteriores. (2)

Las complicaciones determinan la gravedad de la enfermedad, las cuales ocurren entre el 30% y el 40% de los casos. La más frecuentes son diarrea aguda, otitis, laringitis obstructiva y bronconeumonía, las cuales son las principales causas de muerte. Otras complicaciones son encefalitis y ceguera. Ya que el sarampión produce depresión de la inmunidad humoral, lo que puede producir la aparición de infecciones bacterianas graves. (1)

Diagnóstico

Hoy en día el diagnóstico del sarampión puede ser difícil, debido a que la mayoría de los médicos y especialistas no están familiarizados con la enfermedad por el bajo número de casos confirmados en los últimos años. (2)

La confirmación de presencia del virus temprana es importante para realizar la respuesta de salud pública, incluyendo el aislamiento de casos y de los contactos para interrumpir la transmisión del virus. (2)

Las pruebas serológicas, el cultivo y la reacción en cadena de la polimerasa son las pruebas de laboratorio que se utilizan para el diagnóstico. (2)

Tratamiento

Para tratar el sarampión se realiza desde tres aspectos, medidas de apoyo para tratar síntomas como la fiebre y la deshidratación, identificación y tratamiento de las complicaciones y por último, prevención de la propagación del virus, mediante la educación sanitaria. (2)

Los pacientes con sarampión deben guardar aislamiento aéreo durante cuatro días previos y posteriores a la erupción del exantema. En la actualidad, no existe un tratamiento específico para el sarampión. (2)

Prevención

El sarampión es una enfermedad prevenirle desde hace más de 50 años debido a la vacunación. Y para ello hay que asegurar una vacunación poblacional entre 93% y 95%, y así interrumpir la transmisión del virus. (2)(5)

La OMS recomienda la vacunación entre los 9 y los 12 meses de vida, y la aplicación de una segunda dosis que hace que 99% de niños este protegido contra el virus. (2)(5)

5 Discusión-Conclusión

Desde los últimos años se reportan cada vez más casos de sarampión a nivel mundial. La OMS reconoce que los datos recogidos no reflejan la realidad, con un grave riesgo de enfermedad y muerte de los niños. Desde la aparición de la vacuna en 1964, el sarampión se ha convertido en una enfermedad controlable. Al ser una enfermedad prevenible por vacunación, se requiere incrementar y mantener la cobertura mayor de 95% en toda la población, reforzar la vigilancia epidemiológica y realizar la notificación inmediata.

El no cumplimiento de la vacunación ha generado un grave problema de Salud Pública global. A ello se suma la ignorancia de la gente para quienes el sarampión

es una enfermedad desconocida y los grupos antivacunas que por diversas razones no médicas, se oponen a la vacunación de sus hijos.

6 Bibliografía

1. Fadic R, Repetto G. Sarampión: antecedentes históricos y situación actual. *Revista chilena de pediatría*. 2019 Jun;90(3):253-9.
2. Vargas-Soler JA, Morales-Camacho WJ, Plata-Ortiz S, Macías-Celis AC, Nocua-Alarcón LX, Noguera-Sánchez AM, Cárdenas-Guerrero Y. Sarampión en pediatría: el resurgir de una enfermedad prevenible por vacunación. *Revista mexicana de pediatría*. 2020 Feb;87(1):30-7.
3. Vargas-Almanza ID, Aragón-Nogales R, Miranda-Novales MG. Situación actual del sarampión en México y en el mundo. *Revista mexicana de pediatría*. 2019 Aug;86(4):133-7.
4. Masa-Calles J, López-Perea N. El retraso en la eliminación del sarampión en Europa: razones, obstáculos y perspectivas.
5. Lüthy IA, Kantor IN. Sarampión. *Medicina (Buenos Aires)*. 2020 Apr;80(2):162-8.

Capítulo 43

EL INCONFORMISMO FEMENINO

LAURA MARTIN ESTEBAN

MARIA ARREAZA GARCÍA

1 Introducción

La imagen corporal va construyéndose evolutivamente, así en diferentes etapas de nuestra vida vamos interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo, que en el caso de las mujeres sufre variaciones importantes (pubertad, embarazo, menopausia).

Actualmente no ir a la moda o no tener el físico querido por todos puede ser una barrera de inclusión social, esto crea muchos problemas de falta de autoestima y personalidad sobre todo a las chicas de menor edad, ya que no tienen una personalidad totalmente desarrollada y son más vulnerables a la crítica y a comparaciones.

Para conseguir esta meta se produce en muchas ocasiones trastornos de la conducta alimenticia (anorexia, bulimia...), obsesión por el ejercicio físico.

Sentirse insatisfecho con tu físico puede causar problemas emocionales, sentimientos de inseguridad, depresión, ansiedad, incomodidad en las relaciones con los demás.

El inconformismo puede presentar factores predisponentes entre los que están:

- Edad
- Sexo
- Actividad física

- Sociales y culturales: vienen dados por los prototipos estéticos ideales
- Modelo familiar: figuras paternas excesivamente preocupadas por el cuerpo y el atractivo
- Amistades: haber sufrido críticas o burlas hacia una parte del cuerpo por parte de un grupo.
- Desarrollo físico y feedback social: cambios en la pubertad, desarrollo precoz o tardío, características del cuerpo

Todo esto da lugar a una construcción de la imagen física del cuerpo de manera negativa e insatisfactoria, creando el inconformismo físico.

2 Objetivos

1. Estudiar en qué medida son inconformistas o no las mujeres

3 Metodología

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo, transversal con un muestreo de 120 mujeres con participación voluntaria y consentimiento informado.

Para la recogida de muestras se ha elaborado una encuesta formada por una primera parte con preguntas sociodemográficas, y una segunda parte en la cual pretendemos valorar el nivel de inconformismo en las distintas partes de nuestro cuerpo. Esta valoración se ha llevado a cabo mediante 33 ítems.

Los resultados han sido divididos en tres grupos, de una muestra de 40 en cada uno de ellos y según su edad

- Grupo 1: 18-25 años
- Grupo2: 26-35 años
- Grupo 3: 36-55 años

4 Resultados

Los objetivos principales de este estudio eran: analizar el grado de inconformismo que existe entre las mujeres, y a su vez comparar los diferentes niveles de inconformismo según la edad.

Tras la recogida de las encuestas se lleva a cabo el proceso de análisis de los resultados. En primer lugar se separaron las muestras en los tres rangos de edad

citados anteriormente, recogiendo los datos en diferentes tablas. Después se llevó a cabo el análisis de cada uno de los ítems, observando:

- El grupo 1 (18-25 años) a pesar de sentirse conforme con su físico, son los que mas demuestran la importancia que le dan a la opinión de los demás, así como la imagen física que se ve de ellos.
- Los datos nos revelan que el grupo 2 (26-35 años) es el que más ejercicio dicen realizar para sentirse más cómodas con su cuerpo.
- Por otro lado, el grupo 3 (36-55 años) manifiesta haber pasado por pequeños retoques estéticos para conseguir su bienestar físico.
- A la hora de preguntar si en general la encuestada se cree conformista con su cuerpo, el grupo 2 y 3 (26-35 años y 36-55 años respectivamente) se declaran poco conformistas con su cuerpo, siendo el grupo 1 (18-25 años) el más conforme.
- En la pregunta de si creen que existe inconformismo entre las mujeres, los tres grupos están de acuerdo en que si existe dicha inconformidad.
- Sin embargo a la hora de determinar un mayor inconformismo según el grupo de edad no podemos destacar ninguno que prevalezca muy por encima con mayor porcentaje que el resto.

Se ha observado en líneas generales, que las mujeres no llegan a establecer un inconformismo concreto sobre una parte determinada de su cuerpo, pero sin embargo, la gran mayoría de las entrevistadas se considera y considera al resto de mujeres inconformistas con su físico.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de la historia tanto la figura como la personalidad de la mujer ha ido evolucionando, de tal manera que los prototipos de mujer han ido cambiando con el paso de las décadas, creando las denominadas "modas" a las que las mujeres obedecen.

El inconformismo es un tema bastante conocido al cual nunca se le ha llegado a dar gran importancia por parte de los investigadores como para realizar un estudio en profundidad.

Aun así es algo presente en la vida diaria de las mujeres, las cuales muy a menudo

hablan acerca de su físico y por este motivo al comenzar esta investigación se esperaban resultados aún más extremos de inconformismo.

6 Bibliografía

- Trejo Ortiz, P. M., Castro Veloz, D., Facio Solís, A., Mollinedo Montano, F. E., & Valdez Esparza, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 150-160.
- Morales, A. R. (Ed.). (2001). *Investigación clínica: epidemiología clínica aplicada*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Salaberria, Karmele; Rodríguez, Susana; Cruz, Soledad UPV/EHU. *Fac. de Psicología. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Avda. de Tolosa, 70. 20018 DonostiaSan Sebastián*

Capítulo 44

SISTEMA PERSONALIZADO DE DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS

LAURA MARTIN ESTEBAN

MARIA ARREAZA GARCÍA

1 Introducción

Un sistema personalizado de dosificación (SPD) es un dispositivo dividido en una serie de compartimentos donde se deposita la medicación prescrita durante un tiempo determinado. Por lo general, se utiliza en pacientes con múltiples patologías que requieren la toma de varios medicamentos diversas veces al día.

Los SPD se consideran organizadores de medicamentos sólidos preparados para un determinado paciente. El objetivo es ayudar en la adherencia y el cumplimiento de la prescripción médica, facilitando la indicación del día y la hora en la que deben tomarse la medicación y reducir los ingresos hospitalarios asociados de las complicaciones o problemas con la medicación. Son muy indicados en pacientes mayores, con deficiencias físicas o psicológicas.

Por lo general, los SPD deben ser homologados y cumplir con las características establecidas por la normativa legal vigente, ya que la mayoría de los principios activos contenidos en los medicamentos requieren compartimentos herméticos para poder conservar su composición, la calidad, la cantidad y la actividad garantizada por el laboratorio que fabrica el medicamento.

Deben conservarse en un lugar fresco, seco, protegido de la luz y alejado de los niños o adultos con enfermedades demenciales.

Es importante recordarle al paciente o cuidador principal que si existen cambios en las prescripciones de las medicaciones deben ser comunicados para poder modificar la pauta ya organizada.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio serán conocer los objetivos del uso de sistemas de dosificación, así como las ventajas que ofrecen y los tipos existentes.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda de información en de artículos y estudios en los que se realiza un seguimiento del uso de sistemas de dosificación y se expone las ventajas de uso.

4 Resultados

Los objetivos que se pretenden alcanzar con el SPD son

- Promover un uso seguro y eficiente de los medicamentos por parte de los pacientes
- Prevenir y solventar problemas relacionados con los medicamentos (duplicidad, olvido, mala administración)
- Fomentar la adherencia al tratamiento médico
- Asegurar la máxima calidad y seguridad en el mantenimiento de los medicamentos.

Entre las ventajas que pueden ofrecer los sistemas de dosificación se encuentran:

- Favorecen el autocontrol y la organización en la toma de medicación
- Aseguran el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y cuidadores
- Ayudan a controlar el estrés que se puede generar en los pacientes a la hora de cumplir y entender una prescripción farmacológica
- Mejoran la adherencia al tratamiento médico, sobre todo en pacientes que pueden tener problemas a la hora de recordar dosis, horarios o fármacos, así como pacientes mayores con más dificultades
- Ayudan en la prevención y la identificación de problemas relacionados con los medicamentos o interacciones entre ellos, así como la resolución de los estos

Existen diferentes formas de sistema personalizados de dosificación, cada uno de estos sistemas tiene sus ventajas y sus desventajas, pero lo importante es seleccionar el más adecuado para cada paciente.

- Los sistemas multicompartimentales: Son sistemas de plástico reutilizables y existen en diversos tamaños. Este sistema consiste en 7 compartimentos principales, uno para cada día de la semana, y 4 subcompartimentos para cada comida o toma de medicación para cada día de la semana. Pueden ser preparados por el paciente, el cuidador o un farmacéutico.
- Envases en bolsas. Este sistema se compone de bolsas de plástico individuales etiquetadas con la medicación y la fecha y hora en la que el paciente debe tomar la medicación contenida en cada una de ellas.
- Las dosis unitarias. Este sistema es el que se utiliza en los hospitales, proporciona las dosis concretas de un determinado medicamento a un paciente individual durante un determinado periodo de tiempo, por lo general 24 horas.

5 Discusión-Conclusión

Para realizar la preparación individualizada de los sistemas de dosificación, primero es necesario informar al paciente o la persona responsable sobre la existencia del servicio y como funciona este servicio.

Durante esta explicación se recomienda enseñar un ejemplo de blíster u otra herramienta, así como las ventajas de este servicio para que el paciente se sienta seguro de elegir esta forma de dosificación para evitar errores o duplicidad de fármacos y asegurar el buen cumplimiento de la prescripción médica.

Se realizará la recogida de información necesaria de forma que se garantice una atención individualizada y confidencial de los datos del paciente.

6 Bibliografía

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Trípticos divulgativos. 2018
2. Boeni F, Hersberger KE, Amet I. Success of a sustained pharmaceutical care service with electronic adherence monitoring in patient with diabetes over 12 months, BMJ Case Rep. 2015; bcr201408672.

3. Conn VS, Ruppar TM, Chan KC, Jacob JD, Pepper GA. Packaging interventions to increase medication adherence: systematic review and meta-analysis, *CurrMed Res Opin.* 2015; 31(1):145-60.

Capítulo 45

ERGONOMÍA Y TRASTORNOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS EN EL TRABAJO DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

DAVID GÓMEZ PINTA

SILVIA PEÑA FERNÁNDEZ

ALBA MARIA PINO LÓPEZ

1 Introducción

El concepto de ergonomía atiende a la adaptación de los utensilios y las máquinas de trabajo a la persona que habitualmente los usa y así mejorar la eficacia, la seguridad y el bienestar del trabajador.

Una correcta postura ergonómica ayuda a prevenir trastornos músculo-esqueléticos (TME) derivados de no tener totalmente alineada la columna vertebral. Son, además, lesiones que afectan a los músculos, tendones, nervios, huesos y articulaciones y pueden ser causados por movimientos repetitivos, esfuerzos físicos intensos, posturas incorrectas, estrés laboral y otros factores relacionados con el entorno de trabajo. Los trastornos de esta clase son los problemas de salud laboral más habituales y de mayor incidencia y prevalencia en estos últimos años.

Estos trastornos son un problema común en el lugar de trabajo para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), ya que realizan una variedad de

tareas físicas, como mover pacientes, levantar objetos pesados o pequeñas labores administrativas frente a un ordenador.

La prevención de los TME es fundamental para garantizar la salud y el bienestar de los TCAE, así como para asegurar la calidad del cuidado que brindan a los pacientes. Por lo tanto, es importante entender cómo la ergonomía puede ayudar a prevenir y reducir la incidencia de los TME en el trabajo de los auxiliares de enfermería. En este capítulo se explorará los factores ergonómicos que influyen en la aparición de los TME debidos al desempeño del trabajo de auxiliar de enfermería y se analizarán estrategias ergonómicas y medidas preventivas para reducir la incidencia de estos trastornos.

El principal objetivo será analizar la relación entre la ergonomía y los trastornos músculo-esqueléticos desde el punto de vista de los TCAE. Para ello, se revisará la literatura científica disponible sobre el tema y se identificarán las principales causas y consecuencias de estos trastornos en el trabajo de auxiliar de enfermería.

2 Objetivos

- Describir los principales factores ergonómicos que influyen en la aparición de TME.
- Analizar los riesgos asociados a los TME en el puesto de TCAE y su impacto en la salud y el bienestar del trabajador.
- Identificar estrategias ergonómicas y medidas preventivas para reducir la incidencia de TME para el TCAE.

3 Metodología

Para llevar a cabo la elaboración de este capítulo, se realizó una revisión bibliográfica en varios sitios web, detallados en la bibliografía. Fueron utilizados términos de búsqueda como "ergonomía", "trastornos musculoesqueléticos" y "prevención" en diferentes combinaciones siempre relacionado en el ámbito sanitario. Se seleccionaron las publicaciones relevantes y se extrajeron los datos necesarios para cumplir con los objetivos establecidos.

4 Resultados

Como venimos diciendo en este capítulo, los TME son una de las principales causas de problemas de salud para los TCAE. Los TME son lesiones que afectan a

los músculos, tendones, ligamentos, nervios y articulaciones, y pueden ser causados por movimientos repetitivos, posturas inadecuadas, levantamiento de cargas pesadas y falta de descanso adecuado. Además de factores externos al trabajador como el diseño del puesto de trabajo, la organización del trabajo, el ambiente físico o el estrés laboral.

A continuación, se describen los problemas de TME más habituales para el auxiliar de enfermería:

- Dolor lumbar: El dolor lumbar es uno de los problemas más comunes en los trabajadores de la salud y, en particular, en los TCAE. Las causas más frecuentes de dolor lumbar son la realización de movimientos repetitivos, la adopción de posturas inadecuadas y el levantamiento de cargas pesadas. Como por ejemplo pacientes de gran tamaño, a la hora de realizar movilizaciones o su higiene. El dolor lumbar puede ser agudo o crónico, y puede afectar la calidad de vida y el desempeño laboral del trabajador.
- Dolor cervical en el cuello y hombros: Los movimientos repetitivos y la adopción de posturas inadecuadas también pueden causar dolor en el cuello y hombros en los auxiliares de enfermería. Estos dolores pueden ser debidos a la realización de actividades como la toma de signos vitales, la administración de medicamentos y la asistencia en realización de curas.
- Lesiones en las extremidades superiores: Las lesiones en las extremidades superiores son frecuentes en los auxiliares de enfermería debido a la realización de actividades que requieren movimientos repetitivos, como la movilización de pacientes y la realización de curas. Las lesiones más comunes son el síndrome del túnel carpiano y la tendinitis. Este síndrome se caracteriza por la presencia de hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad de la mano perjudicada. Es consecuencia de una presión ejercida por una inflamación articular de la muñeca sobre el nervio que va hasta la mano desde el antebrazo. También puede aparecer haciendo labores administrativas, que pueden realizar los TCAE.
- Fatiga: La fatiga es un problema común en los trabajadores de la salud, incluyendo a los auxiliares de enfermería. La falta de descanso adecuado, la realización de turnos prolongados y la carga de trabajo excesiva pueden aumentar el riesgo de fatiga y afectar el desempeño laboral del trabajador.
- Estrés: El estrés es un problema común en los trabajadores de la salud debido a la naturaleza del trabajo, que puede ser exigente y estresante. El estrés puede

afectar la salud mental y física del trabajador y, en casos extremos, puede llevar al síndrome de burnout.

Es decir, que los TME pueden afectar significativamente la salud y el desempeño laboral de los TCAE. Por eso importante implementar medidas y estrategias de prevención y tratamiento para reducir el riesgo de TME y mejorar la salud y la calidad de vida del trabajador.

Para acabar, se presentan algunas medidas preventivas que pueden ayudar a reducir el riesgo de TME en el trabajo, y en particular de los TCAE:

- Formación y capacitación: Es importante que los TCAE reciban educación y capacitación sobre las técnicas adecuadas de levantamiento y movilización de pacientes, así como sobre la importancia de la postura correcta y el uso de herramientas y equipos de trabajo adecuados.
- Diseño ergonómico del entorno laboral: El entorno laboral debe estar diseñado ergonómicamente para reducir el riesgo de lesiones. Por ejemplo, los equipos de trabajo y los muebles deben ser ajustables y adaptarse a las necesidades del trabajador.
- Pausas y descansos: Es importante que los auxiliares realicen pausas y descansos adecuados para evitar la fatiga y reducir el riesgo de lesiones. Las pausas deben incluir movimientos y estiramientos para mantener la circulación sanguínea y evitar la rigidez muscular.
- Ejercicio y actividad física: Los TCAE pueden beneficiarse de la práctica de ejercicio y actividad física regular para fortalecer los músculos y reducir el riesgo de lesiones. El ejercicio también puede ayudar a reducir el estrés y mejorar la salud mental y física en general.
- Uso de herramientas y equipos adecuados: El uso de herramientas y equipos adecuados, como cinturones de apoyo para la espalda, guantes de protección y calzado cómodo, puede reducir el riesgo de lesiones y mejorar la comodidad del trabajador.

En conclusión, la prevención de los TME en trabajo cualquier sanitario y en particular en el de TCAE es esencial para garantizar la salud y el bienestar del trabajador. Las medidas anteriormente expuestas, pueden reducir significativamente el riesgo de lesiones y mejorar la calidad de vida del trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Los TME son un problema común en trabajos sanitarios y pueden tener un impacto significativo en la salud y el bienestar del trabajador. La ergonomía es una herramienta importante para prevenir la aparición de TME, mediante la identificación y eliminación de los factores de riesgo y la implementación de medidas preventivas.

Es necesario fomentar una cultura de prevención en el lugar de trabajo, que incluya medidas de prevención y tratamiento, tales como la adopción de posturas adecuadas, el uso de herramientas ergonómicas y la realización de ejercicios físicos, con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida del trabajador.

6 Bibliografía

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (2022). "Ergonomía". Recuperado de: <https://dle.rae.es/ergonom%C3%ADa>
2. Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional. (2018). "Seguridad en el manejo y movilidad del paciente". Recuperado de: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/safepatient/default.html>
3. García, A. M^a. "Validación de un cuestionario para identificar daños y exposición a riesgos ergonómicos en el trabajo". Revista española de salud pública. (2011). Recuperado de: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/resp/v85n4/03_original2.pdf
4. "Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas"(2007). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de <https://www.insht.es/Portada/GuiaTecManualCargas/GuiaTecManualCargas.pdf>
5. Paredes Rizo, M^a Luisa y Vázquez Ubago, M^a. "Estudio descriptivo sobre las condiciones de trabajo y los trastornos musculoesqueléticos en el personal de enfermería (enfermeras y AAEE) de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid" (2018). Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2018000200161
6. Rodríguez Jouvencel, M. "Ergonomía básica aplicada a la medicina del trabajo". Ediciones Díaz de Santos. (1994). Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=evSe1sPtMfMC&oi=fnd&pg=PA1&dq=ergonom%C3%ADa+en+el+trabajo&ots=bXjdC2Ta28&sig=D7BKnuMdjs-QKWdOwrreVxwU44Y#v=>

onepage&q=ergonom%C3%ADa%20en%20el%20trabajo&f=false

Capítulo 46

CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EMBALAJES. CÓMO SE PREPARAN, USAN Y ESTERILIZAN ESTOS EMBALAJES POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

M^a ÁNGELES FERNÁNDEZ

FRANCISCO DIAZ FALLAS

VANESSA PALACIOS LARA

ANA PATRICIA GONZÁLEZ IBÁÑEZ

1 Introducción

Como introducción expondremos una serie de términos importantes relacionados con la esterilización y los sistemas de embalaje.

- Microbicida o Germicida: Agente capaz de destruir microorganismos (ambos, son sinónimos).
- Bactericida: capaz de matar bacterias.
- Viricida: capaz de eliminar virus.
- Fungicida: capaz de matar hongos.

-Esporicidas: capaz de eliminar esporas.

Agentes esterilizantes

-Acción bactericida, esporicida, viricida y fungicida.

-Alto poder de penetración tanto en el interior de los paquetes como en los dispositivos de los médicos.

-Nulo riesgo para el paciente, el trabajador y el medio ambiente.

¿Qué factores influyen en la efectividad de los antibacterianos?

-Características microbianas: Dependiendo del microorganismo se usan diferentes métodos para poder eliminarlo. Son más resistentes.

-Número de microorganismos: A mayor carga microbiana inicial, mayor tiempo para eliminar a toda la población.

-Tiempo de exposición: aumenta para microorganismos más resistentes o endosporas.

-Influencias ambientales: las propiedades físicas y químicas del medio o sustancias donde se encuentran los microorganismos tienen una profunda influencia de la destrucción microbiana. Por ejemplo, el calor es mucho más eficaz en materiales ácidos que materiales alcalinos.

SISTEMA DE EMBALAJE DEL MATERIAL DE ESTERILIZACIÓN:

Antes de esterilizar los materiales, se empaquetan convenientemente para impedir el paso de los gérmenes una vez completado el proceso. (los paquetes permiten el paso del agente químico, de los gases aire, pero impide la entrada de microorganismos. Ej.: igual que las mascarillas).

2 Objetivos

Dar a conocer, como personal sanitario titulado en Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario, cómo se debe preparar el material de esterilización, conociendo los conceptos básicos y el sistema de embalaje del mismo material.

3 Metodología

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

istente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

Proceso de Embalaje

Antes de esterilizar los materiales, se realiza el proceso de Embalaje. En este proceso se empaquetan convenientemente para impedir el paso de los gérmenes una vez completado el proceso (los paquetes permiten el paso del agente químico, de los gases aire, pero impide la entrada de microorganismos. Ej.: igual que las mascarillas).

Las características del embalaje y las pautas a tener en cuenta para el adecuado proceso de embalaje son:

- Debe de ser ligero y sin sustancias que dañen al paciente o a la persona que lo manipula.
- Impermeable, para permitir el proceso de esterilización en todas sus fases.
- Hermético, para impedir la entrada de microorganismos.
- Resistente a altas presiones, el aire, la humedad y la manipulación del producto, sin que se produzcan daños ni roturas.
- El papel: Tiene que ser compatible con la autoclave, pero no se considera una barrera eficiente porque no se impermeabiliza.
- Papel crepado: Es una fibra no tejida, compatible con la autoclave y óxido de etileno que posee propiedades de flexibilidad, resistencia y amoldamiento. Además, es repelente al agua. Se hace poroso durante la esterilización. Se usa generalmente para envolver paquetes de mayor volumen, en reemplazo de la tela.
- Bolsa mixta: Por una cara, de papel y por la otra, de plástico, que permite ver el contenido. Compatibles con la autoclave, el oxígeno de etileno y el peróxido de hidrógeno.
- Contenedores rígidos: de aluminio, con un sistema de filtros que pueden ser de teflón o de papel. También existen contenedores perforados con filtro, que van a la autoclave y son resistentes a las presiones.

¿Cómo se organizará el set de embalaje?

-Todos los instrumentos y piezas que se incluyan en el set deben estar en perfecto

- estado y funcionar correctamente, de lo contrario, deberán sustituirse.
- Los distintos elementos del set deberán agruparse por función, por ejemplo, todas las pinzas hemostáticas juntas, todas las tijeras de corte juntas, etc.
 - Al organizar el set, se tendrá en cuenta también el tamaño, es decir, cada conjunto de elementos con la misma función se ordenará de menor a mayor tamaño.
 - Si el set incluye instrumental que presenta distintas piezas que pueden utilizarse de forma conjunta o separada, todas estas piezas se incluirán juntas y ensambladas.
 - Todo el instrumental debe disponerse de tal manera que facilite la entrada y penetración del agente esterilizante, por ello, siempre deberá dejarse un pequeño espacio entre las piezas y las distintas partes de una misma pieza, aunque siempre optimizando al máximo el espacio.
 - El material incluido nunca debe superar el 70% del volumen del contenedor y su distribución nunca impedirá ni interferirá en su cierre hermético.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto en el anterior apartado del presente capítulo (resultados), se ha aprendido, como personal sanitario titulado en Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario, cómo se debe preparar el material de esterilización, conociendo los conceptos básicos y el sistema de embalaje del mismo. Se sabe cuáles son los términos más importantes y su definición respecto a la esterilización. Además, ha sido especificado cuáles son los factores que influyen en la efectividad de los antibacterianos y también conocemos cuál es el sistema de embalaje de los materiales para esterilizar. Por último, sabemos cómo debemos organizar el set, asegurándonos de que todos los materiales se encuentren en perfecto estado.

6 Bibliografía

1. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES HOSPITALARIAS - Traducción: Lic. Lourdes Díaz; Lic. Lucía García; Lic. Silvia Guerra (diciembre 2010) https://www.cocemi.com.uy/docs/limpiezahosp_dic2010.pdf
2. UNIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN -Junta de Andalucía (15 de septiembre 2016) <https://www.picuida.es/unidad-central-de-esterilizacion-estandares-y-recomendaciones>

Capítulo 47

EL TCAE EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

M^a ÁNGELES FERNÁNDEZ

FRANCISCO DIAZ FALLAS

VANESSA PALACIOS LARA

ANA PATRICIA GONZÁLEZ IBÁÑEZ

1 Introducción

Podemos decir que la odontología tiene sus primeras apariciones sobre el año 300 a. C., cuando la civilización Egipcia incrustaba piedras preciosas donde se había perdido la pieza dental.

Entre el 800 y 250 a. C. los etruscos y fenicios, con unos alambres de oro y recogiendo las piezas que se habían caído, las volvían a poner en el sitio donde se carecía de la pieza.

Y fue alrededor del 700 a. C. cuando los etruscos empezaron a implantar ciertos materiales donde no había pieza dental, sustituyendo por material externo, acercándose a lo que hoy en día conocemos como implante.

Afirmamos que el padre de la Odontología, como la conocemos en la actualidad, fue Foucher, alrededor de 1728. Se dedicó a recoger en material lector varios tipos de restauraciones dentarias hechas.

En la actualidad, la Odontología es la rama de la Medicina que se encarga de la prevención, el diagnóstico, y el tratamiento de las enfermedades que afectan a cualquier parte de la mandíbula, la cual se refiere a la boca en su totalidad: dientes, encías, paladar, lengua, etc.

Hoy en día siempre está en continua renovación, adquiriendo mejores técnicas con el paso del tiempo debido al avance en tecnología y los trabajos obtenidos.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel y las funciones del TCAE en la consulta de Odontología de los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

A primera hora de la mañana, se ha de revisar el material que se esterilizó el día anterior. Si este se realiza en autoclave en el propio centro, se debe hacer el control con esporas del autoclave.

Si el material viene esterilizado de fuera del centro, se contabilizará y se cerciorará de que dicho material vuelve al completo y con el precinto de calidad.

A continuación, encenderemos el compresor del sillón odontológico y el sillón como tal, se comprobará que funcione y se pondrá en la posición más baja posible para facilitar que el paciente llegue sin ningún problema.

Se llamará al paciente y se comprobará siempre el nombre y apellidos del mismo, para que no haya confusión

Se irá preparando el material según la técnica a realizar, como pueden ser, por ejemplo, los fórceps y los botadores (complementos estos de los primeros) para

la extracción de una pieza dental. En cualquier caso, siempre siguiendo expresamente las indicaciones del facultativo.

Se cargará la anestesia si la técnica lo precisa; esta puede ser con o sin vasoconstrictor (esa indicación nos la dará el facultativo). La anestesia que se emplea normalmente es con vasoconstricción para evitar el sangrado masivo, pero en pacientes hipertensos, por ejemplo, se utilizará la anestesia sin vasoconstricción para evitar, de esta forma, una subida de tensión debido a la acción de los fármacos. En estos casos, el Odontólogo puede indicarnos que demos al paciente una ampolla con un medicamento vasoconstrictor, la cual pondrá en una gasa e indicará al paciente que muerda donde se haya realizado la extracción de la pieza para que no haya riesgo de hemorragia.

Se irá realizando la limpieza y desinfección de todo el material utilizado en la sala en el día a día.

Por último, al finalizar la jornada, se apagará el compresor, se limpiaran las turbinas y se engrasara el material rotatorio.

Todo este conjunto de actividades está indicado para que la consulta funcione de manera efectiva, siendo todas estas las funciones del TCAE en la consulta de odontología.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de que acudir al odontólogo con regularidad es importantísimo para mantener una buena salud, ya no solo bucodental, sino a otros niveles físicos, porque está demostrado que muchas infecciones del corazón (pericarditis o neumonías, entre otras) pueden producirse por bacterias que pasan de nuestras encías al flujo sanguíneo.

El papel del TCAE en la consulta de Odontología es de vital importancia para poder llevar el ritmo de la consulta, asistiendo al facultativo y manteniendo la sala y sus elementos, como el sillón y el material a utilizar, en perfecto estado. Siempre hay que recordar y nunca olvidar tener una aptitud de empatía hacia el paciente, lo que nos facilitara poder llevar a cabo la exploración.

6 Bibliografía

1. Ach, M. y Ramfjord, S. (1996). Oclusión (4a. ed.). México D.F.: Ed. McGraw-Hill. Interamericana.
2. Adamowsky, N. (1990). Deglución atípica en su relación con la maloclusión, criterio. Revista Asalfa, 2: 86 – 94.
3. Agurto, P., Díaz, R., Cádiz, O. y Bobenrieth, K. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago de Chile. Revista chilena de pediatría, 70(6): 1-19.

Capítulo 48

EL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL Y EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

M^a ÁNGELES FERNÁNDEZ

FRANCISCO DIAZ FALLAS

VANESSA PALACIOS LARA

ANA PATRICIA GONZÁLEZ IBÁÑEZ

1 Introducción

El secreto profesional es una cuestión que se encuentra muy presente entre todo el personal sanitario y no sanitario, ya que se tiene conocimiento de datos que afectan al paciente y a su entorno cercano. Cuando se trata de definir el secreto profesional, surge una gran polémica que lleva consigo el tener que definir este concepto como la obligación de no revelar lo que se conoce como objeto de la práctica profesional.

Los conceptos de intimidad, confidencialidad, secreto y privacidad son vocablos que se encuentran relacionados con lo que este capítulo pretende tratar: el concepto y todo lo que ello conlleva sobre el secreto profesional. Estas palabras, en muchas ocasiones e incluso en la legislación, se puede ver que se utilizan

como sinónimos. Con los avances de la tecnología, determinadas informaciones sobre el entorno social, familiar, nuestra sexualidad e incluso las creencias, están en manos de los profesionales sanitarios, llegando a ver cómo se traspasan los límites de nuestra intimidad.

Estas realidades tan íntimas por medio de la tecnificación pueden llegar a hacerse públicas, quebrantándose la intimidad y la confidencialidad que se han creado como vínculo terapéutico.

El concepto de confidencialidad hace referencia al acceso a la información más privada de la persona con la que trata el personal sanitario. Al llegar a este punto, la privacidad hace su entrada de tal manera que lo personal y lo privado forman parte de esa relación confidencial que se ha creado y que forma parte de lo que se llama secreto profesional.

2 Objetivos

- Dar a conocer los aspectos fundamentales respecto al secreto profesional en el ámbito sanitario, resaltando la importancia de su mantenimiento por parte de todos los profesionales sanitarios.

3 Metodología

Este trabajo se ha llevado a cabo realizando una búsqueda bibliográfica consultando diferentes fuentes impresas y de soporte digital, en las bases de datos de: Dialnet, PubMeb, Elsevier; biblioteca electrónica de Scielo y Google académico, entre otros. Se han consultado también páginas estatales del País. Se ha buscado, como referencia, las siguientes palabras: secreto profesional, ámbito hospitalario, intimidad, confidencialidad, personal sanitario y no sanitario.

4 Resultados

En el ámbito laboral diario, existen situaciones que obligan al sigilo profesional, porque se violan los derechos de la intimidad del paciente que se consideran un valor y derecho fundamental, en base al artículo 18 de la Constitución Española.

Esto conlleva que no se puede revelar información del paciente/usuario a una

tercera persona, aunque en algunos casos sea un familiar, por las posibles repercusiones que eso conlleva.

La intimidad es un derecho del usuario del sistema sanitario y un deber del profesional, ya sea sanitario o no sanitario, pero que mantiene relación con el paciente.

Se trata de llegar a generar un cuidado de humanizado de la calidad del paciente y del propio sistema.

El hecho de no cubrir al paciente durante su aseo, es una violación de su intimidad, que provoca una serie de sentimientos y vivencias negativos que se unen al proceso de ruptura con su vida, al estar ingresado en un centro hospitalario. En la gran mayoría de los casos, los pacientes no expresan esa falta de intimidad, pero el personal que le atiende debería estar formado para tener la aptitud de captar esa falta de intimidad y ese malestar en el paciente.

Se puede llegar a producir una violación de la autonomía del paciente, otro de los grandes pilares de la bioética junto con el de beneficencia, ya que, en este caso, estos dos pilares no se están cumpliendo.

Los profesionales que trabajan en la sanidad, formando parte del sistema sanitario, deben conocer y formarse en la legislación que regula la confidencialidad y el deber de secreto profesional, así como las consecuencias civiles y penales por revelar los datos personales de los usuarios que utilizan el sistema.

Otro hecho a tener en cuenta es generar cursos dentro de las propias plataformas de los diferentes sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas, para que los profesionales del sistema adquieran los conocimientos y las habilidades para poder cumplir con el deber del secreto.

Se debe saber que se puede quebrantar el secreto profesional ante un peligro para la salud pública ante una mala praxis y ante un juez. Se debe facilitar la información a aquellas personas a las que el paciente ha autorizado expresamente y estén acreditadas para ello.

Se debe procurar realizar los cambios de turno en voz baja y en un espacio cerrado y privado. Se debe ser consciente de un respeto absoluto a la intimidad del paciente/usuario del sistema, facilitando no solo los medios personales, sino también los físicos para que esto se lleve a cabo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y como auxiliares de enfermería, debemos afirmar que el secreto profesional es un deber que va unido al desarrollo laboral de todo profesional del sistema sanitario en relación con los derechos del paciente.

Existe un marco legal que protege al paciente/usuario cuando existe un incumplimiento y se castiga, ya sea por la vía civil, administrativa, así como por la vía penal, dependiendo del grado de atentado contra la intimidad.

Los trabajadores del sistema sanitario, en muchas ocasiones, ya sea por falta de información o de formación, no actúan de la forma más correcta y adecuada para poder hacer frente a este dilema ético. Es básico generar conciencia sobre la importancia del secreto profesional a la hora de realizar cualquier actividad con el paciente para evitar un delito o una falta, por leve que sea considerada.

Existen múltiples conflictos éticos con la confidencialidad, pero se debe asumir que es un deber del que se carece formación ética-legal. De hecho, son pocas las denuncias de los pacientes frente a las veces que no se llega a respetar este secreto. Por ello, se está a tiempo para formar a los profesionales y que si la constancia de los usuarios continúa, puedan proclamar su derecho al secreto.

6 Bibliografía

1. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3005156>.
2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17851349>.
3. <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2549/192>.
4. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Med Clin (Barc) 2002.

Capítulo 49

LA UNIDAD DEL SUEÑO DESDE LA VISIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANGEL JIMÉNEZ FERNÁNDEZ

DIANA FERNANDEZ BARRASA

MARIA JULIA MARTÍNEZ EXPOSITO

MONTSERRAT GÓMEZ VALERO

MÓNICA ESPINAZO HERNÁNDEZ

1 Introducción

Los trastornos del sueño son una serie de alteraciones que provocan problemas en las etapas del sueño, impidiendo que se pueda dormir de forma adecuada y de manera regular.

Pueden estar causadas por problemas de salud física, por estrés o problemas psicológicos, y cada vez tienen más incidencia en España.

Hay muchas personas que manifiestan tener problemas de forma esporádica a la hora de dormir, ya sea por los horarios de trabajo, el estrés, alimentación (café, bebidas excitantes, té...), pero cuando estos problemas ocurren de manera habitual, interfiriendo en la vida diaria del afectado, es cuando se considera la existencia del trastorno del sueño. Los trastornos se pueden presentar de diversas formas:

puede ser una incapacidad para conciliar el sueño, sueño ligero con muchas interrupciones, apneas del sueño, el síndrome de las piernas inquietas, sonambulismo, narcolepsia...

Se considera que entre un 20 – 30% de la población sufren trastornos del sueño, porcentaje que se eleva al 50% cuando se refiere a personas obesas.

Debido a la pérdida de la capacidad de vida del afectado, desde los equipos de neurocirugía y neurofisiología, se estudian estos trastornos y en las unidades del sueño hospitalarios, se hace control y seguimiento a los pacientes, para detectar el problema y poder recobrar la normalidad cuanto antes. El descanso es vital ya que es cuando el cuerpo recupera la energía y orgánicamente se prepara para el nuevo día, por ello se considera el sueño como vital.

2 Objetivos

- Reconocer los principales trastornos del sueño que afectan actualmente a la población.
- Describir las principales pruebas que se realizan en la Unidad del sueño y los profesionales que intervienen.
- Exponer las funciones propias del TCAE en la Unidad del Sueño.

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 sueño es como tal un proceso biológico donde el organismo realiza funciones para que la persona se mantenga saludable. La falta de sueño afecta tanto física como mentalmente de forma negativa. Hay más de 80 trastornos del sueño reconocidos, pero los más importantes son:

- **Insomnio:** Es el más común y se reconoce por la incapacidad de canalizar el sueño o permanecer dormido. Puede deberse a causas como el estrés, cambio de horarios, problemas digestivos, etc... Y puede ocasionar depresión, falta de concentración, aumento de peso, nerviosismo, irritabilidad. Se clasifica en crónico, intermedio y transitorio.
- **Apnea del sueño:** Es un trastorno respiratorio, en la cual el paciente sufre interrupciones de 10 segundos o más en la respiración, mientras permanece dormido. Se considera una afección grave por la falta de oxígeno que aporta al organismo.
- **Síndrome de piernas inquietas:** El paciente siente como pinchazos o sensación de hormigueo en las piernas lo que provoca una necesidad urgente de moverlas, puede ocurrir también durante el día, pero es más común por la noche. Se suele relacionar con otras afecciones como el Parkinson o el TDAH.
- **Hipersomnia:** Es la incapacidad para mantenerse despierto durante el día, agravándose con la narcolepsia que provoca una extrema somnolencia durante el día. La narcolepsia se suele relacionar con otros trastornos neurológicos como es la esclerosis múltiple,
- **Parasomnia:** Consiste en hablar, caminar o comer mientras se duerme.

Los trastornos del sueño se pueden deber a enfermedades del corazón, de los pulmones, de los nervios o por dolor, a la depresión y a la ansiedad, a la ingesta de algunos medicamentos o por genética, pero también son causadas por el envejecimiento, los horarios irregulares o el consumo de alcohol y caféina.

Desde la unidad del sueño se intenta averiguar cuál es el problema que causa el trastorno. Previamente el médico realizará un examen físico al paciente, y recabará información sobre sus hábitos, enfermedades y síntomas. Existen 3 tipos de exámenes, que se pueden realizar para detectar alteraciones en el sueño.

- **Polisomnografía (PSG).** Evalúa tanto el nivel de oxígeno, como los movimientos corporales y las ondas cerebrales, función cardíaca y otros. Se graba las secuencias en vídeo y audio. Para realizarla se colocan electrodos y sensores en el cuerpo del paciente y se monitoriza.
- **Electroencefalograma (EEG).** Evalúa la actividad eléctrica del cerebro y detecta las anomalías existentes.
- **Prueba de latencia múltiple del sueño (PLMS).** Se estudia el sueño diurno del

paciente y se complementa con una PSG nocturna.

Los tratamientos pueden ser desde pastillas para dormir, dispositivos respiratorios o cirugía, protectores dentales, suplementos de melatonina, entre otros. Se ayuda de una dieta equilibrada, rutinas horarias y pautas de ayuda para conciliar el sueño y relajación.

La función del TCAE en esta Unidad, aparte de colaborar con el DUE en la administración de fármacos, recogida y etiquetado de muestras, colocación de electrones y sensores, o todo lo que el DUE prescribe. El TCAE es el encargado que la unidad disponga de todo el material que se precise, que esté en buen estado de uso y limpio. Repondrá el almacén y la lavandería. Limpiará y mantendrá en correcto funcionamiento los monitores, comunicando las anomalías que detecte. Pero una de sus funciones principales es velar por la tranquilidad del paciente con lo que atenderá las necesidades que le surjan, les ayudará a vestirse o desvestirse si fuera preciso, procederá a explicar el procedimiento y a transmitirle confianza y tranquilidad y se asegurará que el habitáculo donde acomodará al paciente está insonorizado y aclimatado de iluminación y temperatura para la prueba.

5 Discusión-Conclusión

El descanso y el sueño son muy necesarios para la salud de las personas, ayudando a recuperar la energía perdida. En casos de enfermedad es totalmente necesario el descanso para el restablecimiento de la salud.

El abordaje de los cuidados básicos del sueño son parte fundamental del equipo de enfermería, debiendo formar correctamente, y como paso preventivo, desde la Atención Primaria, a las personas para conseguir unos hábitos de sueño y descanso saludables. El conseguir un buen descanso supone un beneficio en la salud pública disminuyendo la incidencia de algunas enfermedades y consiguiendo una pronta recuperación de los pacientes. Es muy favorable que desde el ámbito familiar se inicien los cuidados del sueño y se aborde de forma temprana si se detecta cualquier problema, para abordarlo pronto y conseguir que no se agrave.

6 Bibliografía

1. www.healthline.com/health/es/depresion-y-sueño.
2. Gallego-Pérez- Larraya, J. Toledo, JB; Urrestarazu, E; Iriarte, J: clasificación de los trastornos del sueño. Anales del Sistema, Sanitario de Navarra 2007, Vol 30.

3. Hodelin- Tablada R, Manchado C. Sobre la Vigilancia y el Sueño Rev Neurol, 51 (2010).
4. Irujo Andueza Ana María. Higiene del Sueño. Velayos (2009).

Capítulo 50

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) COMO FIGURA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD: PRINCIPALES PROBLEMAS ALIMENTARIOS

ANGEL JIMÉNEZ FERNÁNDEZ

DIANA FERNANDEZ BARRASA

MÓNICA ESPINAZO HERNÁNDEZ

MARIA JULIA MARTÍNEZ EXPOSITO

MONTSERRAT GÓMEZ VALERO

1 Introducción

Actualmente existe un problema que pasa desapercibido para el entorno de quien no lo padece y son los TCA (trastornos de la conducta alimentaria). No se consideraba una enfermedad como tal, sino como un conjunto de enfermedades de origen en diversos factores como una gran afectación en la población joven y adolescente, sobre todo en mujeres y que tiene una alta tasa de mortalidad. Este tipo de trastornos afectan de forma muy negativa tanto a la salud, como a las emociones y a la capacidad de relacionarse o realizar tareas de la persona. La mayoría de

ellos cursan con una obsesión desmesurada por el peso corporal, la figura y la comida.

El no alimentarse de la forma correcta ocasiona daños en el corazón, en el aparato digestivo, los huesos tanto del cuerpo como los dientes, en la boca y genera todo tipo de enfermedades.

Las causas que provocan los TCA son diversos y se pueden deber a causas sociales, culturales, biológicas, psicológicas y familiares.

Desde el equipo multidisciplinar de Atención Primaria se intenta concienciar a la población de las consecuencias de padecer un TCA y prevenirlo. Se realizan charlas por colegios e institutos promocionando a su vez hábitos de vida y alimentación, saludables, se programan cursos de atención y seguimiento, etc. La labor de este equipo donde colaboran y participan los TCAE es promocionar la salud y prevenir enfermedades.

2 Objetivos

- Definir cuáles son los principales TCA que actualmente padece la sociedad.
- Reflejar cuáles son los principales síntomas de quien padece un TCA.
- Definir las funciones del TCAE dentro de la Unidad de Salud Mental destinada a combatir los TCA.

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

La lucha contra los TCA se inicia desde la Atención Primaria realizando campañas de prevención y con una rápida detección del problema, para evitar su

complicación, pero surgen ocasiones donde todas las medidas resultan ineficaces ya aparecen estos trastornos.

En el Hospital, dentro del bloque de Salud Mental hay una sección destinada a los TCA, y es aquí donde se encuentra el estudio (UTCA).

Los principales son 4:

- Anorexia nerviosa, muchas veces denominada sólo como anorexia, es un trastorno muchas veces mortal y cursa con un peso excesivamente bajo, con un miedo desmesurado a engordar y una percepción de la propia imagen muy distorsionada (el paciente se ve con un exceso de peso cuando la realidad es todo lo contrario). Los afectados miden las calorías de lo que consumen, hacen mucho ejercicio, suelen abusar de laxantes y se provocan el vómito después de cada comida. Suele comenzar en la adolescencia es más común en mujeres.
- Bulimia nerviosa o bulimia. Al igual que la anorexia puede llegar a ser mortal. Aunque algunos pacientes que la padecen suelen restringir las ingestas, lo más habitual es que éstas personas sufren de atracones, y posteriormente la culpa, la vergüenza o el temor a subir de peso, los llevan a provocarse el vómito o tomar laxantes. Suelen ser personas que se juzgan con mucha severidad y dureza.
- Trastorno alimentario compulsivo. Su sintomatología es similar a la bulimia, los pacientes ingieren gran cantidad de comida en un breve espacio de tiempo, pero luego no vomitan, ni realizan ejercicio para deshacerse de las calorías. Estas personas suelen ser obesas, y suelen padecer depresión o ansiedad.
- Trastorno por evitación o restricción de la ingesta de comida. Los pacientes no tienen interés por alimentarse, evitan ciertas texturas, colores, olores o sabores y aparte tiene miedo a padecer atragantamientos. Al contrario que en la anorexia estas personas no tienen una imagen corporal distorsionada.

Aparte de las causas para padecer TCA como son la genética o la salud psicológica o la salud psicológica y emocional, existen otro tipo de factores de riesgo como son: antecedentes familiares, padecer otro tipo de trastornos de salud mental (depresión, TOC, ansiedad...), el estrés a las diversas dietas del mercado.

La labor del TCAE en la UTCA (Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria) pasa a ser un poco más especial que en otros servicios, ya que aparte de velar por la higiene corporal del paciente deben dar aliento moral, suelen estar pendientes de proporcionar un ambiente bueno a la hora de las comidas para es-

timular el comer (música, aromaterapia...), suelen eliminar las distracciones en las comidas (apagan TV, radios...) presentan las comidas en trozos pequeños fáciles de masticar e ingerir, están pendientes que nadie se levante de la mesa ni haga gestos extraños (escupir, vomitar...), acompañará al WC...

Desde el equipo de enfermería, donde participa y colabora el TCAE, se establecerán medidas de refuerzo positivo, se aumentará el grado de empatía y confianza con el paciente, no se realizarán críticas ni se menospreciará a nadie, se integrará a los familiares en el cuidado y seguimiento...

Otras funciones del TCAE en la UTCA aparte de mantener el orden sobre todo el acompañar y vigilar a los pacientes en todas las dependencias, sobre todo en las salidas o vistas al baño ya que suelen ser los momentos más caóticos. Así mismo controlará la temperatura de las neveras y los hornos y avisar de cualquier incidencia.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es el encargado de ayudar al paciente en casi todas sus facetas diarias (higiene, comida, sueño, vistas al WC, paseos, salidas, actividades...). En esta unidad el TCAE tiene un contacto muy estrecho con los pacientes y por ello su trabajo es muy relevante y de suma importancia.

El TCAE debe trabajar de forma muy estrecha con el resto del equipo, debe aprender las características de cada paciente y sus manías o peculiaridades, así como como sus necesidades individuales.

Tanto desde los programas de promoción como la educación de la salud, el equipo de enfermería (DUE y TCAE) se deben centrar en motivar a la población, en gestión emocional y en fortalecer la autoestima de las personas.

6 Bibliografía

1. Martínez- Fornés, Santiago. La obsesión por adelgazar: bulimia y anorexia. Madrid, España. Editorial Espasa Colpe 2001.
2. Jáuregui Lobera I. La imagen de una sociedad enferma: anorexia, bulimia, atracones y obesidad. Barcelona, España. Editorial Grafema 2ª Edición 2006.

3. Formación Carpe Diem – Funciones del Auxiliar de Enfermería en la Unidad de Psiquiatría. 17 octubre de 2020.

4. Guía práctica Sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo 2009

Capítulo 51

LA UNIDAD ANTITABACO. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANGEL JIMÉNEZ FERNÁNDEZ

DIANA FERNANDEZ BARRASA

MONTSERRAT GÓMEZ VALERO

MÓNICA ESPINAZO HERNÁNDEZ

MARIA JULIA MARTÍNEZ EXPOSITO

1 Introducción

El tabaco es un factor importante que obra en perjuicio de la salud, el consumo de la nicotina, de forma general se hace en cigarrillos, pero en los últimos tiempos ha proliferado el uso de los cigarrillos eléctricos o váper. En los países industrializados, esta práctica llega a representar la primera causa de morbi-mortalidad evitable. Las graves consecuencias que ocasiona el fumar, no solo para el paciente, sino para las personas que lo rodean, y el elevado coste sanitario que supone, han hecho que en muchos hospitales y centros de salud se creen consultas o unidades para la prevención y tratamiento de tabaquismo (casi siempre dependientes del

servicio de Neurología). En estas unidades, aparte de la parte asistencial, también se crean muchas actividades cuyo fin es docente e investigador.

Durante muchos años se ha considerado un hábito rutinario, cuando la realidad es que se trata de una dependencia. La nicotina, que es el principal componente de los cigarrillos, es una droga muy adictiva y como tal pasa por distintos grados de la tolerancia, dependencia física y dependencia psicológica. La dependencia del tabaco se trata como un trastorno mental y del comportamiento de la persona.

La atención, prevención y lucha contra el tabaco es una prioridad para los trabajadores de la rama sanitaria.

El tabaquismo es uno de los problemas de salud considerados como evitables y que por sus características de un consumo habitual temprano acarrearán otro tipo de problemas como circulatorios, respiratorios, etc.

2 Objetivos

- Definir el concepto de tabaquismo y los principales problemas de salud que conlleva.
- Explicar en qué consiste la unidad antitabaco.
- Nombrar las principales funciones del TCAE dentro de la unidad antitabaco.

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

La OMS define como fumador a toda persona que haya fumado al menos un cigarrillo al día durante el último mes. La OMS también reseña que para conseguir reducir de manera significativa tanto la mortalidad como la morbilidad asociada

a esta práctica, en los próximos 30-50 años, todas las medidas de prevención y control sobre su consumo, deben ir acompañados de una política asistencial eficaz.

Los sistemas sanitarios deben proporcionar, educación, respuestas y recursos para promover intervenciones para dejar de fumar, así como dedicar personal que proporcione tratamientos para dejar el consumo del tabaco. En este sentido se crean las Unidades antitabaco ubicadas dentro del Hospital. En ellas se atienden a los pacientes que voluntariamente quieren dejar de fumar. Las consultas son gratuitas y en una primera visita se evalúa el nivel de dependencia, rutinas, hábitos de vida, estado de salud tanto física como psicológica y se establecen los posibles riesgos y el tratamiento adecuado. Los tratamientos suelen ser farmacológicos (parches, pastillas...) y psicológicos (charlas individuales, colectivas, terapias de grupo, entrevistas...) todo ello con un seguimiento inicial muy continuo y que conforme la tolerancia del paciente a la nicotina y su nivel de ansiedad vayan bajando, se irán espaciando en el tiempo, hasta finalizar con la recuperación y alta del paciente.

Las enfermedades que suelen asociarse al consumo del tabaco más habituales son: cáncer de estómago, disfunción eréctil, cáncer de próstata, cáncer de hígado, enfermedad vascular periférica, enfermedades coronarias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquitis aguda, enfisema....

Pero no solo acarrea estos problemas, sino que también reduce el apetito, provoca halitosis, trastornos del sueño, ansiedad, caries, tinción de dientes y dedos (amarillentos)....

En la Unidad de tabaco, trabaja un equipo multidisciplinar compuesto de médicos de diversas especialidades, psicólogos, psiquiátricos, DUE y TCAE. Todos velarán por la promoción de la salud del paciente.

La función del TCAE es esta unidad es diversa: desde recibir al paciente, acomodarlo (tanto para la terapia individual, como para la grupal), apoyará al DUE y colaborará con él en todo lo que necesite. Se encargará de que en la Unidad no falte material ni de exploración, ni de analíticas, ni de lencería. Tendrá limpios y ordenador los almacenes y controlará las caducidades. Formulará las peticiones necesarias a lavandería, farmacia y laboratorio.

Depende del protocolo hospitalario, gestionará la agenda de citas del DUE, facilitando y solicitando la próxima revisión y llamando al paciente el día anterior

para recordar la cita.

5 Discusión-Conclusión

Hay que trabajar desde la Atención Primaria para promover hábitos de vida saludables, siendo éste el primer escalón de la lucha contra el tabaco. Se debe conseguir a través de la concienciación una disminución de la prevalencia del tabaquismo, así se conseguirá, a su vez, disminuir la incidencia de muchas enfermedades que lleva asociadas. Las intervenciones que se realicen deben ir dirigidas a todos los sectores de la población para que tengan un máximo alcance.

Se debe tener en cuenta que como en todo proceso adictivo se pueden sufrir recaídas, pero gran parte del éxito del programa es la voluntad y la motivación. El TCAE debe apoyar, animar y hacer aumentar la autoestima del paciente, dentro de sus competencias, ya que es una pieza fundamental en la promoción de la salud y la prevención.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Estrategia Europea para el Control del Tabaco Copenhague: Organización Mundial de la Salud 2002. • <https://www.siclo.isciii.es/pdf/resp/v77n4/plan.pdf>
- Legislación del tabaco: Normativa Estatal e Internacional sobre salud, venta y suministro. Editorial TECNOS. Edición 2006.
- Es fácil dejar de fumar si sabes cómo. Editorial Esposo Libros Edición 2018.

Capítulo 52

EL DOLOR Y CUIDADO DE LA CICATRIZ DESPUÉS DE UNA CESÁREA

AROA REGUERO SUAREZ

1 Introducción

La cesárea se trata de una operación quirúrgica en la que se lleva a cabo una corte en el abdomen y en el útero de la futura mamá para sacar a uno o más bebés. Esto se llega a realizar cuando el parto natural no es posible, o llega a ser seguro ni para la mamá ni para el bebé. Cuando realizamos una cesárea normalmente la futura mamá se encuentra despierta y puede estar escuchando en todo momento y también puede llegar a ver a su bebé a la hora de nacer, pero eso si su cuerpo permanecerá anestesiado, la anestesia que se suele utilizar para realizar una cesárea suele ser la llamada anestesia epidural o raquídea

Después de una cesárea es muy normal que la mamá empiece a tener dolor, los primeros días el dolor puede llegar a ser más fuerte, para poder enfrentarse a este dolor será necesario la administración de analgesia. Esto no supondrá ningún impedimento a la hora de darle el pecho al bebé recién nacido, también es muy importante un buen cuidado de la cicatriz teniéndola limpia y lo más seca posible, también será de gran ayuda utilizar ropa suelta, así podremos evitar el roce de la ropa, mantenerla hidratada y en algunos casos el empleo de fajas puede ser de gran ayuda pero siempre después de la cuarentena.

Es muy importante no pasar dolor, ya que la mamá necesitará tener una mejor recuperación posible ya que los bebés recién nacidos necesitan el cuidado de su mamá para su bienestar.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta en relación con la cesárea y los cuidados de la cicatriz tras una cesárea.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se hace una revisión bibliográfica tras la consulta de diferentes bases de datos, así como el directorio de revistas con acceso abierto, seleccionando aquellos trabajos que cumplían los criterios de inclusión. Los descriptores empleados han sido: Enfermería en Salud Comunitaria, Cesárea, Parto por cesárea, cuidados de enfermería.

4 Resultados

Gracias a las actualizaciones y a los buenos protocolos de actuación, se ha observado una disminución en los errores que pueden presentarse en estas intervenciones quirúrgicas como es la cesárea, ya que el equipo de sanitarios tienen mucha más formación, esto también es muy importante para los hospitales ya que cuantos menos errores se presenten más se reduce el gasto sanitario.

En estas intervenciones la futura mamá está despierta en todo momento, aunque tendrá el cuerpo dormido desde el abdomen hasta los pies, la anestesia utilizada es la EPIDURAL aunque en raras ocasiones es necesario recurrir a la anestesia general en esta la mamá estará absolutamente dormida.

Una vez finalizada la intervención, la anestesia empezará a perder su efecto y la mamá va despertando es recomendable mandarle beber mucha agua y si es posible mandarle que camine esto ayudara a evitar alguna que otras complicaciones que pueda presentarse.

Es muy importante también el cuidado por parte del personal sanitario de la herida quirúrgica, ellos controlarán en todo momento el aspecto de la herida , y le dará a la mamá consejos necesarios para el buen cuidado de la herida en ausencia de ese equipo

Es muy importante explicarles a las mamás, que pueden dar el pecho sin ningún problema indicándole y aconsejándole como pueden colocar al bebe para que se sientan lo más cómodas posible, si la mama toma algún tipo de analgesia no será un problema para la lactancia materna.

Es muy normal que experimenten dolor, ya que se trata de una intervención quirúrgica.

Es importante mantener el abdomen bien sujeto a la hora de estornudar, toser o reírse.

5 Discusión-Conclusión

Resaltamos como conclusión la importancia de que el equipo sanitario esté actualizado respecto a su formación sobre este tema, para así garantizar una atención de buena calidad hacia la futura mamá. Este procedimiento necesita de varios cuidados especiales, por ello la importancia de la formación y de la enseñanza que puedan brindar los sanitarios a las mamás, dándoles una gran educación para cuando se vayan de alta hospitalaria para sus casas puedan realizar unos cuidados especiales y de calidad a la herida quirúrgica y lograr así una pronta recuperación y cicatrización.

Destacamos también la importancia de enseñarles a detectar los signos de posibles infecciones, como es tener la zona de la herida de un color rojizo, hinchado o padecer fiebre.

6 Bibliografía

Cesarean Section - A Brief History (part 2), sitio digital 'Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos'. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/,

sitio digital de la OMS

Gaskin, Ina May (2016). La guía del nacimiento. Capitán Swing. ISBN 9788494531194.

Goldsworthy, 2007, p. 55.

Stjernholm, Ylva Vladic (26 de septiembre de 2018). Androutsopoulos, Georgios, ed. Cesarean Section (en inglés). InTech. ISBN 9781789239317. doi:10.5772/intechopen.76582. Consultado el 9 de marzo de 2019.

Hdez. Velasco, Irene (14 de febrero de 2012). «El misterio de las cesáreas italianas». El Mundo (España). Consultado el 9 de marzo de 2019.

Duffin, Jacalyn,. Una historia de la medicina escandalosamente breve (Segunda edición edición). p. 365. ISBN 978-84-15373-63-6. OCLC 1089114261. Consultado el 15 de enero de 2021.

«Cesarean Section - A Brief History: Part 1». www.nlm.nih.gov.

Consultado el 9 de marzo de 2019.

«Cesarean Section - A Brief History: Part 3». www.nlm.nih.gov.

Consultado el 9 de marzo de 2019.

Jorge, Ricardo Arencibia (1 de mayo de 2002). «Operación cesárea: recuento histórico». *Revista de Salud Pública* 4 (2): 170-185. ISSN 2539-3596. Consultado el 9 de marzo de 2019.

Molina-Sosa, A.; Galván-Espinosa, H.; Gabriel-Guzmán, J.; Valle, R.F. (2003). «Self-inflicted cesarean section with maternal and fetal survival». *International Journal of Gynecology Obstetrics* 8 (3): 287-290. PMID 15001385. doi:10.1016/j.ijgo.2003.08.018.

Pasero Roberta, Cesareo di Terracina, un santo poco conosciuto: è il protettore del parto cesareo, in "DiPiù", anno XIV, n° 48, 3 dicembre 2018.

Capítulo 53

UN DIAGNOSTICO CORRECTO EN LA ONICOMICOSIS

ANDREA ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La onicomicosis se considera como la infección micótica de la lámina ungueal o el lecho ungueal. Las uñas visualmente se encuentran deformadas de un color amarillento o blanquecino esta enfermedad no es muy molesta pero si es importante tratarla a tiempo ya que puede llegar a ser una enfermedad crónica . Para su diagnóstico se toma mucho de referencia el aspecto de las uñas, el examen microscópico en fresco, el cultivo, PCR . El tratamiento puede ser también por vía oral. Algunos riesgos para llegar a contraer esta infección es la edad, el sexo, por contagio..., la uña del dedo gordo puede llegar a ser mas propensa a contagiarse que el resto.

Los síntomas que aparecen inicialmente son uñas de color amarillentas, uñas quebradizas incluso uñas deformes a medida que esta infección esta mas avanzada puede aparecer el dolor, la incomodidad, el algunos casos extremos puede aparecer celulitis en la piel vecina, es muy común coger estas enfermedades en piscinas, en vestuarios, duchas ya que en las instalaciones húmedas es mucho mas fácil contraer una infección por hongos para pode evitarlo es aconsejable una buena higiene de pies y intentar sacarlos lo mejor posible después de ducharse , También podemos recomendar utilizar los antimicóticos en polvo o terbinafina en crema.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta en relación con la onimicosis, resaltando el papel del equipo de enfermería en la toma de muestras para su diagnóstico.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realiza una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos Web of Science, Google académico, Scielo... usando las palabras clave: “onicomicosis, equipo de enfermería, atención para los cuidados del pie”, “toma de muestras”

4 Resultados

La onicomicosis tiende a padecerlo especialmente los hombres con una edad avanzada y en pacientes con circulación comprometida distal, distrofias de uñas, y/o tiña del pie.

Para su diagnóstico se basa en la apariencia y el patrón de afección ungueal, y se confirma mediante microscopia y cultivo o PCR.

El tratamiento se inicia solo si la onicomicosis ocasionan complicaciones o síntomas molestos. En el tratamientos debe considerar la terbinafina siendo este uno de los tratamientos mas efectivos y tener en cuenta las medidas para prevenirlo como pueden ser la humedad , las uñas cortas, el correcto secado después de la ducha entre otras medidas para prevenirlo.

Las onicomicosis nos puede afectar de manera negativa en lo emocional y social, pudiendo llegar a ocasionarnos vergüenza, ser consideradas como personas con malos hábitos de higiene, como ser fuentes de infección para sus compañeros y amistades, lo que afecta su mucho en la autoestima de quien lo padece

En el ambito laboral esta enfermedad nos puede condicionar a la hora de desempeñar funciones, como puede ser manipulacion de alimentos, deportes, etc.,

- Muchas veces las onicomicosis son tratadas sin importancia menor, desconociéndose el impacto real que tiene esta enfermedad y el gasto que puede ocasionar en el sistema de salud alterando la calidad de vida de los pacientes en todos los aspectos antes descritos.

Es bastante difícil obtener una muestra de manera correcta de la uña para cultivo debido a la presencia de detritos subungueales distales, que a menudo no contienen hongos, las posibilidades de aislar un hongo aumentan si se recorta la parte distal de las uñas con un alicate antes de obtener la muestra, Esta enfermedad no siempre se trata ya que en muchos casos no presentan síntomas o si los presentan es de manera muy leve y por lo general no ocasionan complicaciones.

Un buen protocolo de actuación es muy importante para una correcta anamnesis y toma de muestras logrando así el diagnóstico correcto

5 Discusión-Conclusión

La onicomycosis es una enfermedad que afecta a las uñas, y la padece gran parte de la población a nivel mundial. Esta enfermedad aumenta cuando se alcanza una edad avanzada, estilos de vida como también influye otras enfermedades, en ella pueden aparecer complicaciones y requerir tratamiento siempre que se realice previamente un diagnóstico correcto y no confundirla con otros problemas que puedan aparecer en las uñas.

En conclusión la importancia de un buen protocolo actualizado de actuación en el equipo de enfermería y una correcta formación continuada, pudiendo llegar a evitar diagnósticos erróneos y tratamientos agresivos que no fueran necesarios

6 Bibliografía

1. Westerberg DP, Voyack MJ. Onychomycosis: Current trends in diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2013; 88(11): 762-770.
2. Chabasse D. Epidemiología y etiología de las onicomycosis. *Onicomycosis*. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2006.p.1-35.
3. Wolff K., Jhonson R. Alteraciones de la unidad ungueal. *Dermatología clínica*. 6ª ed. Madrid: Panamericana; 2010.p.1000-1027.
4. Magaña García M., Magaña Lozano M. Trastornos de las uñas. *Dermatología*. 2ª ed. México: Panamericana; 2011.p.381-386.
5. Singal A., Khanna D. Onychomycosis: Diagnosis and management. *Indian J Dermatol Venereol leprol*. 2011; 77(6): 659-672.
6. Pereiro M., Toribio J. Epidemiología de las onicomycosis.

- Onicomycosis. 1ª ed. Madrid: Aula Médica; 2002.p.9-15.
7. Baran R., Richert B. Tratamientos. Onicomycosis. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2006.p.105-132.
8. Haneke E. Tratamiento tópico y quirúrgico de la onicomycosis. Onicomycosis. 1ª ed. Madrid: Aula Médica; 2002.p.103-112.
9. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, Atkins D, for the Methods Work Group, Third U.S. Preventive Services Task Force. Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process. Am J Prev Med 2001;20(3S):21-35

Capítulo 54

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE OSTOMIZADO

ALEJANDRO GONZALEZ DE LA FUENTE

1 Introducción

Se define la ostomía como una intervención quirúrgica llevada a cabo por personal médico especializado y en la que se realiza un orificio en el abdomen del paciente para sacar fuera el tubo digestivo o urinario, a través del cual expulsamos las heces o la orina. Por ello, hay que colocar una bolsa especial para su recogida.

Como hemos dicho en el párrafo anterior :

- Colostomía: es el procedimiento mediante el cual se realiza la abertura para que el intestino grueso asome y así eliminar las heces y los gases.
- Ileostomía: es el procedimiento mediante el cual se saca al exterior parte del intestino delgado.
- Urostomía: es el procedimiento mediante el cual se practica un orificio a nivel del tubo urinario para que pueda salir la orina a través de un trayecto diferente al recorrido normal.

Las personas que son portadores de una bolsa de ostomía una vez hayan recibido el alta médica en el hospital tras la intervención quirúrgica, pueden llevar prácticamente una vida normal. Pudiendo realizar actividades deportivas, ir a la playa,

bañarse en la piscina y tener relaciones sexuales. Pero deben llevar un cuidado estricto de su bolsa, ya que previamente antes del alta hospitalaria habrán sido educados por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para llevarlos a cabo en su domicilio.

2 Objetivos

Describir la función y aspectos básicos a tener en cuenta por el TCAE en los cuidados al paciente ostomizado.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión bibliográfica de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Wikipedia, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: ostomía, cuidados, tcae. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el encargado del cuidado del estoma del paciente una vez haya sido colocado:

En el aseo del estoma del paciente deberemos de seguir las siguientes pautas:

- Informar al paciente de lo que vamos a realizar y proteger su intimidad antes de iniciar cualquier procedimiento con el cierre de puertas y bajada de biombos.
- Retirar suavemente el dispositivo (bolsa) que esté colocado, sin hacer tracciones en la piel. Desde la parte superior a la inferior, evitando de esta manera derrames del contenido de la bolsa.
- El estoma debe verse de color rosado y sobresalir del abdomen unos 5 mm. En el caso de que se observen cambios de color y de aspecto avisar al equipo de enfermería o facultativo.

- Para el aseo del estoma utilizaremos una esponja con agua y jabón neutro evitando utilizar productos que contengan alcohol, aclararemos y después secaremos con mucho cuidado el estoma y la piel circundante.
- Colocaremos una bolsa apropiada a las características del estoma, recortando la zona del adhesivo lo más anatómicamente posible a la forma del estoma del paciente.
- Si la piel periestomal presenta algún pliegue o irregularidad se puede utilizar algún producto para rellenar y nivelar y que la placa selle mejor.
- Es muy importante prestar atención por si hay dermatitis o irritaciones para administrar polvos secantes o cremas hidrocoloides.
- Se puede aplicar desodorante dentro de la bolsa antes de colocarla, algo de libre elección por parte del profesional sanitario.
- Para finalizar, recoger todo el material que hemos utilizado al realizar el aseo y dejar al paciente en una posición cómoda y de fácil acceso al timbre en caso de que necesite de nuestra ayuda.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el paciente que ha sido sometido a una intervención quirúrgica para la realización de una ostomía permanente le supondrá un gran impacto a nivel psicológico, físico y social, por lo que el equipo de enfermería y en este caso el técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante su estancia en el hospital después de la intervención jugaran un papel fundamental tanto en su recuperación física como emocional. La adaptación por parte del paciente a su nuevo estado físico es dura y el auxiliar deberá apoyarle y hacerle ver que siguiendo una serie de pautas en el cuidado de la ostomía podrá llevar a cabo una vida completamente normal.

6 Bibliografía

1. <https://es.wikipedia.org/wiki/Ostom%C3%ADa#:text=Una%20ostom%C3%ADa%20es%20un%20procedimiento,dar%20salida%20al%20contenido%20intestinal>.

2. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/colon-cancer/in-depth/ostomy/art-20045825>
3. file:///C:/Users/senen/Downloads/guia_para_pacientes_ostomizados_hospital_de_fuenlabrada.pdf

Capítulo 55

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON ALZHEIMER

LETICIA MARTINEZ REY

IVÁN GÓMEZ SÁNCHEZ

MARÍA BELÉN QUESADA NAVARRO

ANA ISABEL QUERENCIAS MORENO

LAURA PICAZO LÓPEZ

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer se define como un tipo de enfermedad neurodegenerativa caracterizada por la pérdida progresiva de neuronas en la corteza cerebral como consecuencia de la muerte. Hasta la fecha no existe ningún fármaco o tratamiento que pueda revertir el daño causado por este tipo de enfermedad, pero existen tratamientos y fármacos que pueden prolongar el tiempo que tarda en empeorar esta enfermedad.

Es una enfermedad que requiere mucha dependencia y cuidados por parte del paciente. Por ello, es muy importante que el personal médico, en especial los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, son los encargados de los cuidados de enfermería, brindan a estos pacientes los conocimientos adecuados sobre esta enfermedad y sus características.

Esta enfermedad es un tipo de demencia que generalmente incapacita a los pacientes ancianos con esta enfermedad y, de hecho, es la forma más común de demencia.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el seguimiento y evaluación del estado de enfermedad del paciente, mejora o deterioro en determinados aspectos y en el asesoramiento, orientación y apoyo a las familias es fundamental, así como el propio paciente.

No solo para el cuidado en primera persona del paciente enfermo, sino también como promotor de cuidados y técnicas para familias que tienen que hacerse cargo de este tipo de paciente y que en ocasiones resulta difícil y no son capaces de saber abordarlo de una manera correcta y eficiente para él.

2 Objetivos

- Identificar las pautas a seguir por parte del técnico auxiliar en cuidados de enfermería con un paciente que padece Alzheimer para contribuir al cuidado del mismo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es uno de los trabajadores que más en contacto está con este tipo de pacientes que sufren esta enfermedad, ya que es la persona encargada de sus cuidados básicos y del asesoramiento y les ayuda a fomentar la promoción de la salud a las familias, para que ellos tengan las nociones básicas y los cuidados sobre cómo actuar con ciertos tipos de pacientes con patologías como la EA que crea en él un grado de dependencia absoluta. Por lo tanto, es muy importante seguir varias recomendaciones y pautas, las más importantes son:

- Apoyar la autonomía y la cooperación dentro de nuestra competencia en todo momento, incluso bajo supervisión.
- Dar tiempo al paciente.
- Asegurar la comunicación profesional-paciente.
- Organización de los espacios.
- Describir todos los procesos antes de llevarlos a cabo.
- Propiciar el apoyo en asociaciones existentes.
- El juego como herramienta de los hábitos cotidianos.
- Ayudarle a hablar, a expresar tus pensamientos, señalar objetos, hacer gestos y encontrar las palabras que faltan.
- Hablarle y explicarle las cosas, prestando gran atención al tono de voz.
- No descuidar el mantenimiento básico.
- Ayudar al entorno (familia, compañeros) aportando toda la información necesaria.
- Usar juegos y habilidades motoras finas y gruesas para concentrarse.
- Respetar y fomentar el silencio en el descanso.

El apoyo a los familiares es muy importante porque, en muchos casos, ver a un familiar con este tipo de demencia, responsabilizándose de su cuidado cuando está en casa, puede sufrir agotamiento psicológico, estrés y derivar en otros problemas y pueden llegar a desencadenar en otro tipo de problemas secundarios más graves, la cual es labora de los auxiliares de enfermería.

Por ello, resulta esencial que todos los profesionales sanitarios, más aún los auxiliares de enfermería, reciban formaciones sobre diversas patologías que puedan padecer los pacientes que requieren unos cuidados más específicos.

5 Discusión-Conclusión

Además de brindar atención primaria a los pacientes, son facilitadores de atención y tecnología para las familias que tienen que cuidar a este tipo de pacientes, pero que en ocasiones les resulta difícil y no saben cómo manejarlos de manera adecuada y eficiente.

En su contra se ha señalado que el papel de los auxiliares de enfermería es un pilar muy importante en el cuidado de las personas con demencia, especialmente con la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Alzheimer.

Por este motivo, es fundamental que todos los profesionales médicos, especialmente los auxiliares de enfermería, se formen sobre las diversas patologías que pueden padecer los pacientes con necesidades especiales.

6 Bibliografía

1. Página web oficial Organización Fundación Maragall.
2. Vargas-Escobar, L. M. (2012). Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichan*, 12(1), 62-76.

Capítulo 56

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO

LETICIA MARTINEZ REY

IVÁN GÓMEZ SÁNCHEZ

MARÍA BELÉN QUESADA NAVARRO

ANA ISABEL QUERENCIAS MORENO

LAURA PICAZO LÓPEZ

1 Introducción

Hay tipos de cuidados que hoy en día son obligatorios para los recién nacidos. Uno de los métodos más comunes es colocar una toalla caliente sobre el pecho de la madre de la misma forma que al nacer para permitir el contacto entre ambos y la sensación de ambas pieles.

Por norma general no se les baña, de manera que se hace que se mantenga la capa que tienen nada más nacer, porque esta les ayuda a protegerse de los agentes externos. Dependiendo del hospital, suelen trabajar de forma tradicional. Los primeros auxilios para recién nacidos deben comenzar en la sala de partos o sala de maternidad y trasladarse a la habitación del hospital. Los recién nacidos se sienten vulnerables, por lo que es muy importante cuidarlos en las primeras horas después del nacimiento.

Los auxiliares de enfermería se encuentran entre los responsables de las necesidades básicas de higiene.

Los primeros cuidados a un recién nacido tras el parto son de vital importancia, ya que debido a la inmadurez los hace totalmente dependientes. Los cuidados de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, deben de ir encaminados a cubrir las necesidades básicas como la higiene, alimentación, regulación de temperatura etc., logrando el bienestar y proporcionar el confort necesario.

2 Objetivos

Exponer los cuidados que se le aplican al bebé por parte del Auxiliar de enfermería y su correcta aplicación.

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, Scielo y Google con palabras clave “cuidados al recién nacido”.

4 Resultados

Los cuidados que se deben brindar a un recién nacido en el hospital y los que se deben realizar en su casa, se deben agrupar bajo el concepto genérico de “cuidados de rutina”.

Estos cuidados se llevarán a cabo después de una evaluación inicial de los recién nacidos. Esto se realiza en la sala de partos, pero dependiendo del tipo de hospital, estos cuidados deben realizarse en la planta de maternidad.

Entre este tipo de cuidados nos encontramos los siguientes:

- Prevención de hemorragias. Los recién nacidos tienen deficiencia de vitamina K, por lo que se administra por vía intramuscular 1 mg de vitamina K.
- Prueba de Apgar: prueba clínica que mide la viabilidad de los recién nacidos en el primer minuto de vida.
- Cordón umbilical. Se identifican dos arterias y venas en el cordón del bebé, y luego de esto, se colocan pinzas y se limpia el área con un antiséptico y se seca.

- Contacto piel con piel. Los bebés empiezan a llorar desde que nacen y tienen un buen tono, para lograr un mejor contacto, piel con piel, colóquelos encima de la madre y que comience a alimentarlos.
- Identificación. Identificar al recién nacido mediante una pulsera o brazalete en el pie.
- Ajuste de peso y altura. Esta prueba se realiza una vez al día en los primeros momentos después del nacimiento y durante la hospitalización.
- Pruebas metabólicas. Llevando a cabo la muestra de sangre del talón para efectuar un análisis, mediante el cual se puede detectar de manera precoz la fenilcetonuria.
- Protección para los ojos. Las gotas para los ojos se usan en los ojos del recién nacido para prevenir infecciones oculares que pueden ocurrir después de que el recién nacido sale del canal de parto.
- Limpieza de nariz y boca. Se debe limpiar la boca del recién nacido, para eliminar las secreciones bucofaríngeas, flemas y mocos, y ayudarlo a tomar sus primeras bocanadas de oxígeno.

5 Discusión-Conclusión

Los recién nacidos son completamente dependientes debido a la inmadurez, por lo que es muy importante el cuidado posnatal temprano y los cuidados de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en cuanto a la higiene, nutrición y control de temperatura. Su objetivo es satisfacer las necesidades básicas y alcanzar y garantizar el bienestar y la comodidad.

Es importante que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería conozcan y realicen correctamente este tipo de cuidados, entre ellos el cambio de pañales, la hidratación y cuidado de la piel, el cuidado de las uñas y la nariz, y la lactancia de los recién nacidos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 57

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS

LETICIA MARTINEZ REY

IVÁN GÓMEZ SÁNCHEZ

MARÍA BELÉN QUESADA NAVARRO

ANA ISABEL QUERENCIAS MORENO

LAURA PICAZO LÓPEZ

1 Introducción

Definimos las consultas externas como consultas que involucran procedimientos médicos realizados de forma ambulatoria para diagnosticar, tratar o monitorear a un paciente según su historial y examen físico.

Este es un servicio muy importante en cualquier hospital, ya que no solo sirve de enlace entre urgencias y admisiones, sino que también permite el seguimiento de los pacientes ingresados.

En las consultas externas de un centro hospitalario, el deber del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es acompañar al médico durante las visitas del paciente y prestar asistencia al médico en todo caso.

El Servicio de Consultas Externas, como cualquier otro servicio, está formado por un equipo multidisciplinar que exige la participación de todos los profesionales sanitarios en el bienestar del paciente.

Las consultas externas es y debe ser un servicio en constante evolución para adaptarse mejor a las necesidades de los pacientes, evaluar las expectativas y encontrar la mejor manera de responder.

Respecto al Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, como en cualquier otro departamento o servicio hospitalario, tiene obligaciones que no son del todo compatibles con la base legal de sus funciones, que se pueden resumir en las siguientes:

- Administración parenteral de fármacos.
- Realización de una punción profiláctica o diagnóstica, cicatrización u otros procedimientos invasivos.
- Obtener ayuda inmediata cuando vea a un médico.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones que debe realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro de las Consultas Externas.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo, se llevó a cabo una búsqueda en artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores de internet como Google con palabras clave “funciones auxiliar enfermería en consultas externas”.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son un eslabón más en la cadena de condiciones de trabajo y un grupo de personal no sanitario que integra el servicio de las consultas externas.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Consultas Externas llevarán a cabo una serie de funciones que se desarrollan a continuación:

- Verificarán el listado de pacientes según el día, la hora, el responsable médico, la sala, etc. (agendas).

- Reunir la documentación del paciente y utilizar la lista para verificar que se haya programado correctamente.
- Informar a los pacientes y sus familiares sobre el tiempo de espera, número de examen, médico a cargo, sala de espera, etc.
- Favorecer, mediante información, la circulación del paciente y acompañante por la Unidad de Consultas Externas, así como por el resto del hospital.
- Participar en la programación de fechas y citas de pacientes, coordinando con otros servicios según sea necesario.
- Trabajar con el personal médico para ayudar a los pacientes a hacerse la prueba manteniendo la confidencialidad.
- Cooperar con el cuidado de la salud según sea necesario.
- Promoción y explicación de documentos informativos y recomendaciones relacionados con la elaboración de pruebas diagnósticas.
- Limpieza de carros de curas, aspiraciones, caudalímetros, camillas, etc...
- Inspección y reposición de suministros y papelería.
- Cambio y reposición de medicamentos.

Suelen realizar actividades médicas no especializadas que facilitan las funciones de médicos y enfermeras.

Es importante por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tener empatía y un trato amable con el paciente, haciendo que se sienta cómodo, sobre todo si realizamos con él tareas de higiene o en las que se establece un contacto físico.

5 Discusión-Conclusión

En general, los deberes de técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de consultas son cuidar a los pacientes y sus familias, realizar las tareas asignadas, mantener el orden y el orden adecuados en la sala y brindar servicios al departamento.

En las consultas externas, los auxiliares de enfermería se implican en el buen desarrollo de las actividades que se desarrollan en las consultas médicas y forman parte del proceso de supervisión, tanto a nivel administrativo como a nivel terapéutico.

Es muy importante la formación y actualización por parte del auxiliar sobre todas estas funciones y procedimientos para poder realizar estos de forma adecuada y con la mayor profesionalidad, siempre en beneficio del paciente.

6 Bibliografía

- www.auxiliar-enfermeria.com
- Pubmed
- <https://www.salusplay.com/blog/funciones-tecnico-auxiliar-cuidados-enfermeria/>

Capítulo 58

LOS RIESGOS BIOLÓGICOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LORENA ALCARAZ RODENAS

MARÍA LUISA GÓMEZ MARTÍNEZ

INES CRESPO GARCÍA

BERNARDINA ROMERO RÍOS

ESTEFANIA BALLESTEROS CUERDA

1 Introducción

Definimos el riesgo biológico como la posibilidad de exposición a los microorganismos en el ámbito de la actividad laboral y el padecimiento por ello de enfermedades.

La transmisión será por vía respiratoria, sanguínea, digestiva, mucosa o piel, afectando sobre todo a los trabajadores de los centros sanitarios de todas las categorías, pero especialmente al personal expuesto en la toma de analíticas, análisis de esta, personal de limpieza o lavandería

Por ello, es necesario seguir las medidas de seguridad e higiene del centro sanitario para evitar su transmisión, pues de no seguirlas se convertirá este lugar en un espacio peligroso para la salud de trabajadores, pacientes y familiares.

Las medidas de seguridad utilizadas serán:

- Vacunación frente a la Hepatitis B para el personal en contacto con sangre o fluidos y otras en caso de ser necesario mediante un estudio serológico del trabajador vacunas contra la gripe, rubeola, tétanos, triple vírica, varicela o parotiditis.
- Higiene personal como cubrir heridas, lavado de manos, no comer en el área de trabajo, etc.
- Equipos de protección como guantes. Bata, mascarilla o protección ocular.
- Cuidado en la manipulación de objetos cortantes y punzantes y depositarlos en los contenedores establecidos evitando el sobrellenado.
- Desinfección y esterilización del instrumental y superficie de trabajo.
- Conocer el protocolo de actuación ante un accidente biológico, por ejemplo cuando se preparen fármacos citotóxicos y notificación inmediata del accidente producido.

2 Objetivos

Concienciar a los profesionales sanitarios o no sanitarios de la importancia de seguir estas pautas para reducir o eliminar el riesgo biológico y reducir la exposición.

3 Resultados

Es necesario conocer la higiene en los puestos de trabajo y dependerá de condiciones ambientales, organizativas y físicas.

Las condiciones ambientales en los centros de trabajo se deben a que nos encontramos en espacios cerrados, con pacientes padeciendo diferentes patologías, espacios dedicados a la investigación y laboratorios de muestras biológicas y análisis.

Las enfermedades infecciosas están producidas por microorganismos como, bacterias, virus, protozoos, parásitos, priones y hongos.

Para transmitir la infección se requerirá de una cadena epidemiológica, los eslabones de esta cadena son.

- Agente biológico (virus, bacteria, etc.).
- Reservorio (ser animado o no en el que se encuentra el agente biológico).
- Mecanismo de transmisión (vía utilizada para llegar al huésped, pudiendo ser respiratoria, digestiva, parenteral o cutánea).
- Huésped (Individuo sano infectado por el agente).

Para evitar una posible infección por esta exposición es necesario llevar a cabo las medidas de higiene y seguridad con equipos de protección individual, lavado de manos antes y después de utilizar un equipo o atender a un paciente entre otros.

Las condiciones físicas dependerán del contacto entre los medios infectados y el personal sanitario, incluimos el contagio a través del aire, para ello será necesario cotar con un sistema de ventilación con filtros activos que neutralicen cualquier peligro.

Las condiciones organizativas serán los EPI suministrados en el centro hospitalario.

El resultado de conocer los riesgos biológicos que existen en un centro sanitario es evitar la repercusión tanto en el personal como en los propios pacientes, para ello es necesario realizar una evaluación de dichos riesgos recogiendo información para identificarlos, conocer la exposición a los estos y gravedad o consecuencias de que estos se produzcan. Los datos recogidos serán las condiciones del puesto de trabajo como humedad, temperatura, utilización de materias primas y estado físico de estas (líquido, aerosol,...) o uso de diferente instrumental, características del trabajador como estado de salud o capacitación para ese puesto de trabajo entre otras.

Para conocer que todas las pautas de bioseguridad o protocolos se están cumpliendo, existe una vigilancia de salud en la que el Ministerio de Sanidad indica el seguimiento de unos protocolos de vigilancia específica sanitaria y que el director o gerente debe garantizar específicamente a los trabajadores expuestos a los riesgos por exposición a los agentes biológicos. Los resultados de dicha vigilancia se recogen y mantienen actualizados en el historial médico de cada trabajador.

Por tanto, esta vigilancia de salud es muy útil y fundamental para que se pueda determinar el estado de salud del trabajador, inmunización y vacunación, además de poder detectar de forma precoz los daños por exposición a agentes biológicos y poder evaluar los protocolos seguidos y conocer si son efectivos o deben modificarse en algunos casos.

Por otra parte el Real Decreto 664/1997 del 12 de mayo, nos habla sobre la protección de los trabajadores contra la exposición a agentes biológicos durante el periodo de trabajo, además realiza una clasificación en función del riesgo de infección, dicha clasificación es la siguiente:

- Grupo 1: Es poco probable que le agente biológico causa una enfermedad.
- Grupo 2: Es probable que el agente biológico suponga un peligro a los trabajadores, pero poco probable que se propague al colectivo.

- Grupo 3: Es probable que le agente biológico cause enfermedad grave en las personas y es de gran riesgo para el personal sanitario, además que puede propagarse al colectivo, pero existe tratamiento eficaz.
- Grupo 4: Es probable que le agente biológico cause enfermedad grave en las personas y es de gran riesgo para el personal sanitario, pero no existe tratamiento eficaz.

4 Discusión-Conclusión

Es necesario en función del área de trabajo en el centro hospitalario en la que se trabaje, que se adapte y sigan las medidas de higiene establecidas.

Podemos seguir también las medidas de prevención como vacunación, equipos de protección individual, higiene personal, desinfección y esterilización correcta de instrumentos y superficies.

Ante un accidente biológico las medidas de actuación son:

- Lavado con agua y jabón de la herida ocasionada, en caso de ser mucosa el lavado será prolongado con agua y suero fisiológico.
- Aplicar desinfectante
- Notificación de forma inmediata del accidente al personal de riesgo laboral, será necesario informar de la fuente de infección y el estudio serológico del trabajador accidentado.

5 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 59

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LOS NEONATOS

MILAGROS DAIMIEL CASTRO

ROCIO MORA MUÑOZ

BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO

LAURA PILAR MOLINA CAÑIZARES

LOUBNA CHEIKH

1 Introducción

Los cuidados de los neonatos con problemas o prematuros tienen un alto riesgo de mortalidad y necesitan una serie de cuidados más intensos que el resto de los nacidos vivos. La prematuridad se asocia a los que nacen entre las 28 y las 37 semanas y suelen pesar entre 500 y 2500 gramos.

El hecho de ser prematuros conlleva una inmadurez de todos los órganos y sus funciones vitales junto con la falta de madurez de su piel. Debido a esta inmadurez se hacen necesarios una serie de cuidados sanitarios más intensos.

Los recién nacidos pretérmino son inmaduros, teniendo problemas para mantener su temperatura debido a la falta de grasa y de masa corporal. El vernix se forma a partir de la semana 27 y su hipotálamo es inmaduro. Debido a la falta de desarrollo neurológico, sus pulmones no están maduros y existe una debilidad muscular respiratoria.

El equipo de enfermería del que el técnico en cuidados de enfermería forma parte, debe realizar una serie de cuidados debido a su alta tasa de mortalidad. Desde monitorizarlo en todas sus constantes vitales utilizando oxigenoterapia y manteniendo su temperatura. La incubadora es lo más semejante al útero materno, aunque desde fuera se debe proporcionar el alimento ya sea por vía enteral o parenteral e incluso la leche de la madre. Al recién nacido se le realizan muchas técnicas invasivas de las que el equipo de enfermería es responsable de realizarlas o de apoyar en su cuidado.

2 Objetivos

El objetivo general de este capítulo es:

Mostrar el proceso de atención y cuidados a un recién nacido prematuro desde las unidades de hospitalización hasta que completen las 40 semanas de gestación.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente ya sean libros, revistas o artículos en cualquier tipo de soporte.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Palabras clave: Recién nacido pretérmino, cuidados de enfermería, recién nacido prematuro y unidades de cuidados prenatales.

4 Resultados

El nacer pretérmino tiene etiologías variadas desde factores biológicos como enfermedades crónicas como el hipotiroidismo, factores sociales como el consumo de alcohol o el nivel socioeconómico.

Los neonatos pretérminos se clasifican en:

Extremadamente prematuros con menos de 28 semanas de gestación.

Muy prematuro entre la 28 y la 32 semana de gestación.

Moderadamente prematuro entre la 32 y la 37 semana de gestación.

El cerebro del neonato prematuro es inmaduro por lo que el niño será propenso a un retraso madurativo. El hecho de la inmadurez neurológica conlleva una inmadurez en el resto de los sistemas, ya que es el ordenador del cuerpo humano.

La piel se produce en los primeros días de la vida del embrión, pero su maduración acaba con el nacimiento a término entre la semana 38 y 40 de gestación, aunque sigue madurando fuera del útero materno.

El vórnix caseoso protege el recién nacido que llega a término, pero su formación se genera a partir de la semana 27 de gestación. El prematuro tiene este aspecto sin desarrollar siendo más propenso a las infecciones y a problemas posteriores en su desarrollo.

La piel es la clave en el cuidado del prematuro por lo que se debe tener en cuenta una serie de cuestiones en su cuidado:

Conseguir la integridad de la piel para prevenir lesiones químicas como físicas: uso de electrodos para piel sensible, evitar colocarlos en el tórax, usar clorhexidina acuosa, realizar cambios posturales, evitar que el neonato se apoye sobre los cables o llaves, usar colchones anti escaras etc.

Mantener la temperatura corporal: se debe minimizar las manipulaciones para evitar el enfriamiento, mantener la temperatura de la incubadora entre otros.

Prevenir las infecciones: utilizando las medidas universales del lavado de manos, uso de guantes, mantener la capa protectora de la piel y cambio regular del pañal.

Evitar las pérdidas insensibles de agua

Prevenir la absorción de agentes tóxicos como soluciones yodadas y evitar cremas hidratantes sobre todo los prematuros que utilizan la incubadora por los problemas que provoca.

Pasando a otros sistemas de los prematuros, se pasa a comentar los problemas de la función gastrointestinal igualmente sin desarrollar adecuadamente por lo que surgen problemas en la alimentación y en la absorción de nutrientes. El uso de la leche materna en la medida en la que el prematuro lo permite favorece un avance más rápido en su proceso madurativo.

La nutrición es uno de los aspectos más relevantes para un desarrollo neurológico

y cognitivo normal y adecuado. La alimentación no se realiza por vía oral en los primeros momentos debido a su inmadurez, pero se camina en los cuidados para que se haga de forma oral lo más rápidamente posible.

El sistema renal es inmaduro por lo que existe problemas tanto para retener como para excretar orina. El hígado uno de los órganos fundamentales del ser humano que interviene en el proceso alimentario y en el circulatorio, pero se encuentra sin completar su maduración y surgen problemas que se tratan en las unidades de cuidados prenatales bajo supervisión y cuidados del equipo.

Por ende, el sistema inmunológico es defectuoso al no haber llegado a término, ya que le paso de los anticuerpos y su terminación se produce en el tercer trimestre de gestación. Se debe estar alerta en este ámbito para evitar posibles sepsis por lo que la asepsia es básica.

Al tener falta de madurez del sistema circulatorio, existen problemas oculares por la falta de vascularización muy frecuentemente en los prematuros.

El aparato respiratorio es uno de los más inmaduros junto con el cerebro por lo que la administración de fármacos, técnicas invasivas como la intubación o la aspiración de secreciones son algunas de las realidades a las que estos pacientes se deben enfrentar en los primeros momentos de su vida.

El aire que el menor respira debe ser rico en oxígeno y lo más limpio posible. Se debe evitar en todo lo posible como si se tratase de una rutina que el entorno de la unidad se contamine para evitar que el prematuro desarrolle infecciones.

Se deben usar las medidas universales de protección y mantener un aislamiento inverso para proteger a los prematuros durante toda su estancia en el hospital.

Cada día que pasa el prematuro va adquiriendo fuerza, ganando peso... en una palabra va madurando. Los menores serán dados de alta cuando hayan adquirido más de 2.300 gramos y los padres hayan adquirido habilidades y capacidades en sus cuidados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, de este capítulo, los neonatos pretérmino son como hemos dicho anteriormente los que nacen antes de la semana 37 de gestación. Los cuidados de estos menores son mucho mayores que los que necesitan los que llegan a

término y por tanto su índice de mortalidad es más alto, pero para evitarlo se les debe ofrecer unos cuidados más específicos.

Los sistemas y órganos de sus cuerpos como son el inmunitario, cardiovascular, nervioso, respiratorio son inmaduros, presentando problemas renales y de regulación de la temperatura en base a su inmadurez de la piel y del sistema neurológico por ello el equipo de enfermería debe ofrecer una serie de cuidados para que estos menores inmaduros consigan llegar a la madurez de los de más de 37 semanas.

En resumen, se tratará de evitar ruidos, luces, promoviendo una nutrición adecuada y un mantenimiento de la temperatura del cuerpo, se vela por la función respiratoria con mayor asepsia.

El centro sanitario y las unidades de prematuros se convierten en el hogar provisional de los menores durante un tiempo hasta que se convierten en bebés a término preparados para insertarse en el medio social. Por ello, los profesionales sanitarios y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deben formarse para el cuidado específico de los prematuros de tal manera que se ofrece un cuidado integral e integrado de los mismos y su entorno.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/cuidados-enfermeria-piel-recien-nacido-prematuro/>
la revista Ocronos. Vol. III. Nº 6 – Octubre 2020. Pág. Inicial: Vol. III;nº6:122
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/recien-nacido-pretermino-cuidados-enfermeria/>

Castro F y Urbina O. (2007). Manual de Enfermería en neonatología. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.

Cloherty J, Eichenwald E, Stark. Manual de Cuidados Neonatales. 4ª ed. Masson 2005.

Rellán S, García C y Aragón MP. (2008) El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología.

Capítulo 60

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA TÉCNICA DEL SONDAJE VESICAL

MILAGROS DAIMIEL CASTRO

ROCIO MORA MUÑOZ

LOUBNA CHEIKH

LAURA PILAR MOLINA CAÑIZARES

BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO

1 Introducción

Esta técnica invasiva del sondaje vesical, que se centra en el aparato urinario, es de uso habitual en los centros sanitarios y conlleva una serie de riesgos y problemas siendo una de las infecciones nosocomiales más comunes en los centros sanitarios de España según el EPINE (estudio epidemiológico de las enfermedades sanitarias relacionadas con la asistencia).

Es una técnica invasiva que introduce una sonda hasta la vejiga a través del meato urinario con el objetivo de obtener un drenaje de la orina de forma temporal, permanente o intermitente, hacia el exterior en búsqueda de un diagnóstico o por terapia.

Este procedimiento es derivado por parte de los facultativos para que el equipo de enfermería lo ejecute, de tal manera que se realiza un trabajo en equipo por parte de todo el equipo que es multidisciplinar requiriendo un trabajo conjunto de la enfermera y del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Dentro de la clasificación como técnica invasiva y de comunicar al paciente la realización de dicha prueba, se debe ser consciente que el fin es conseguir un bien terapéutico y corregir los problemas ocasionados por una enfermedad siendo el sondaje vesical una parte o la solución de la terapia que se realiza bajo la indicación del facultativo.

2 Objetivos

Mostrar el proceso del sondaje vesical

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 y estudio de casos en las principales bases de datos recopilando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas recientemente. Se excluyeron artículos publicados antes del año 2000.

En dicha revisión, se incluyeron artículos que contenían en el título al menos dos de las palabras clave. Palabras claves: Cuidados Auxiliares, sonda vesical y tipos de sondas.

4 Resultados

Esta técnica invasiva - estéril del sondaje puede tener carácter de diagnóstico en caso de obstrucciones o en el caso de intervenciones quirúrgicas facilita la cicatrización. Se trata en la mayoría de las ocasiones el control de la diuresis como es el caso de los pacientes críticos. Además de mantener la zona seca por lo que se previenen problema en la piel y las úlceras por presión, se realiza un control de la diuresis. Por otro lado, con esta técnica se permite la administración de medicamentos que inciden directamente sobre la zona.

Pese a los beneficios del sondaje, existen una serie de contraindicaciones:

Traumatismos pélvicos

Rotura de la uretra

Prostatitis aguda

Estenosis uretrales

En estos casos se desaconseja el sondaje o debe realizarlo un facultativo con sondas especiales y la técnica no la realiza el equipo de enfermería.

El sondaje vesical puede ser permanente si su duración va a ser más de 30 días que se aplica a pacientes con retención de orina y se realiza una educación para que sean ellos mismos los que lo realizan y un sondaje permanente de corta duración si hablamos de paciente ingresado en unidades de hospitalización.

Hablamos de un sondaje intermitente cuando se retira la sonda una vez vaciada la vejiga. Este tipo se realiza cada 6-8 horas por el propio paciente o por el cuidador principal previa educación para ello. Suele tratarse de pacientes con daño medular. En este caso hablamos de autosondaje.

En el mercado sanitario, existen varios tipos de sondas que podemos clasificar según su composición:

De látex: con alto índice de alergias por lo que se recubren de una capa de silicona. Son las que se utilizan en el sondaje hospitalario inferior a 15 días

De Silicona: Este tipo de catéteres presentan mayor compatibilidad con el ser humano y presentan diferentes calibres para acoplarse con mayor comodidad a la anatomía del paciente tratado. Se utilizan en sondajes de más de 15 días.

De PVC o sondas Nélaton: Son las sondas que se usan para sondajes intermitentes que se utilizan en los partitorios o en pruebas diagnósticas, son rígidas y de diferentes calibres como las demás. Se suelen usar en los autosondajes.

El calibre de la sonda aconsejado para los varones es de 16 – 18- 20 mientras que el de las mujeres es de 14 o 16 se debe a la longitud y amplitud de la uretra.

La sonda vesical debe cambiarse de forma regular según se hable de determinados materiales usados en el sondaje:

Las de látex deben cambiarse semanalmente

Las de PVC cada dos semanas

Las de silicona cada 30 días.

Pese a esto se aconseja tener en cuenta el estado del paciente a la hora de cambiarlas por ejemplo si presenta fiebre una de las causas puede ser una sepsis urológica por ello debe realizarse un urocultivo y cambiar la sonda.

A la hora de realizar un sondaje este tiene varias técnicas de inserción, pero ante todo se trata de que la técnica sea estéril. Las técnicas son:

Estéril: Únicamente se realiza en los quirófanos y ciertos servicios de mayor asepsia (todo lo que se usa está estéril)

Aséptica: Es la que se realiza en la mayoría de las unidades de hospitalización (únicamente el catéter y los guantes son estériles)

Limpia: la que se realiza en los domicilios con el autosondaje.

En todo momento se debe tener claro la higiene de manos tanto antes como después de manipular una sonda o su bolsa. A la hora de recoger muestras de orina para un cultivo nunca se recogerá de la bolsa de drenaje, sino que se pinzará la sonda con una pinza de kocher y limpiando la zona con antiséptico se extrae la orina con aguja y jeringa estéril de la válvula de la sonda. En caso de no enviarse rápidamente al laboratorio se conserva en nevera a 4°C.

Junto a la sonda vesical nos encontramos con la bolsa de drenaje que en algunos casos es abierta por lo que debemos desconectar la sonda para su vaciado y otras cerradas en las que se dispone de un grifo que facilita el vaciado y evita las infecciones. Estas suelen ser las más recomendadas y usadas en los centros hospitalarios.

El cambio de estas bolsas se recomienda realizarlo cuando haya una desconexión accidental, fugas o roturas de la misma, acumulo de sedimento urinario o un olor y color desagradable.

Por otro lado, para evitar una mayor discomfort al paciente se aconseja la fijación de la sonda, pero solo en aquellos casos en los que el paciente sienta discomfort y haya seguridad de que no se la vaya a arrancar.

5 Discusión-Conclusión

Pese a los esfuerzos y los estudios para prevenir las infecciones y problemas que conlleva el sondaje vesical, existen otra serie de prioridades sobre todo en las unidades de intensivos. No se presentan alternativas al sondaje y en muchas ocasiones el manejo de la diuresis únicamente se puede realizar con este tipo de técnica.

El personal sanitario de enfermería debe ser consciente de los riesgos que ello entraña por lo que se deben extremar los cuidados.

Dentro de esos cuidados se pueden reflejar como básicos los siguientes:

Utilizar la mayor asepsia en la inserción.

Colocar sondas cuando sea apropiado.

Sondar durante el menor tiempo posible.

Mantener el circuito de sondaje cerrado.

Adecuada higiene de la sonda y zona genital

Adecuada higiene de manos y precauciones estándar en su manipulación.

Se requiere un trabajo continuo y de formación en este campo de los equipos de enfermería para que se reduzcan las infecciones y se siga trabajando en el avance de la técnica del sondaje vesical.

6 Bibliografía

<https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/cateterismo-sondaje-vesical/>

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 Hil

Romina Corna A., García Labarthe F., Aixa Nakasone A., Mariano Temporetti H., Prof. Dr. Miguel H. Ramos. Aspectos generales de la infección urinaria nosocomial. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina – N° 113 – Marzo 2002 pag. 6-8. Sistemas de eliminación vesical.

ABÁSOLO OTEGUI, I.; LEKUONA ZUBELDIA, A.; MENA SAGASTI, M.; REZOLA ALDAZ, B.. (Octubre 2015). Revisión del protocolo del sondaje vesical. ¿Y ahora qué?. Enfuro, 129, 15-18.

Recomendaciones sobre la prevención de la infección urinaria asociada a sondaje vesical en el adulto. (2018). Imprenta Nacional de la AEBOE, 1-21.

Capítulo 61

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

MILAGROS DAIMIEL CASTRO

ROCIO MORA MUÑOZ

LOUBNA CHEIKH

BEGOÑA RODRIGUEZ RISCO

LAURA PILAR MOLINA CAÑIZARES

1 Introducción

En la asistencia de la psiquiatría hay tres grandes momentos que se deben conocer:

En la época de la Ilustración, la liberación de Francia del opresor

El positivismo ilustrado que dio lugar a la psiquiatría organicista y la concepción de hospital psiquiátrico.

La época de las guerras mundiales que dio lugar a una psiquiatría de comunidad terapéutica.

La especialidad de la psiquiatría a lo largo de la historia ha tenido muchas escuelas y corrientes y muchas de ellas contraponiéndose entre sí en la búsqueda de

una cura para los pacientes que padecen la enfermedad.

Durante los años 70, en España comienza las corrientes que hablan de la desinstitutionalización de la psiquiatría, pero no será hasta los 80 que no se comienza con la llamada psiquiatría comunitaria tal y como regula la Ley General de la Sanidad de 25 de abril de 1986.

Dentro del Sistema Nacional de Salud, se genera una red de salud mental que busca una atención integral a las personas que padecen enfermedad mental, en base a los siguientes objetivos:

Prevención y promoción de la salud

Diagnóstico y tratamiento.

Rehabilitación e inserción social.

La reforma psiquiátrica surge en España a partir de los 80, pero se hace realidad en los 90 del siglo pasado. Poco a poco van surgiendo en los hospitales unidades de Salud Mental en base a criterios de integración, racionalización y modernización del sistema de salud.

Dentro de cada servicio de salud de las 17 comunidades autónomas se va a generar una red de Salud Mental dependiente del propio servicio de salud como es el caso del SESCOG, SAS, SERMAS, etc. en concreto en Madrid se ha generado una red de salud mental que avanza con unos criterios de rehabilitación psicosocial más fuertes y definidos que el resto de España, siendo referente para otras muchas comunidades.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que se quieren mostrar con este capítulo, se centra en uno general:

Explicar los servicios de salud mental.

Desde esta idea, se van desglosando objetivos específicos:

Explicar brevemente la historia de la salud mental.

Mostrar el funcionamiento de las unidades de salud mental.

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 como Scielo, recopilando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas recientemente.

Se excluyeron artículos publicados antes del año 1990. En dicha revisión, se incluyeron artículos que contenían en el título al menos dos de las palabras clave.

Palabras claves: Salud Mental, reforma, psiquiatría, unidades de salud mental y terapia comunitaria.

4 Resultados

Las unidades de salud mental de los hospitales son unos dispositivos especializados en la atención de las necesidades de las personas que padecen enfermedad mental. Suelen ubicarse en los hospitales generales.

Estos servicios desarrollan programas de rehabilitación centrados en controlar las situaciones de crisis que impiden que la persona con enfermedad mental pueda permanecer más tiempo en la sociedad y por ello se le aísla.

Este sistema impone medidas restrictivas, ya que se encuentra en fase aguda de la enfermedad que se ha cronificado lo mismo que les ocurre a los pacientes que padecen enfermedades somáticas. Se llaman crisis.

El equipo asistencial está formado por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores. Suele tener un número de camas limitadas alrededor de 30.

Las unidades de hospitalización tienen las siguientes funciones:

Atender la hospitalización derivada de las zonas básicas de salud.

Responder a la interconsulta que deriva de otros servicios de hospitalización.

Generar y crear programas en la comunidad para prevenir la salud mental.

Formar a los profesionales en la salud mental

Investigar en Salud Mental.

Se habla de unidades de corta estancia cuando su estancia es inferior a 30 días, se trata de pacientes que no pueden ser atendidos por primaria y su ingreso le va a aportar mayores beneficios.

Existe una coordinación entre los recursos de salud mental sociales y los sanitarios para favorecer la rehabilitación y reinserción en la sociedad lo más rápidamente y de forma eficaz que dé frutos para la persona que ve sesgada su vida con cada ingreso.

Los equipos de salud mental son multidisciplinarios, ya que no solamente recoge a personas del ámbito sanitario, sino que se integran profesionales del ámbito de lo social como educadores sociales, terapeutas ocupacionales, integradores sociales etc. Es un equipo que apoya al paciente en su rehabilitación.

La unidad de salud mental tiene los mismos registros, pedidos, y tratamiento que cualquier otra unidad de hospitalización.

El perfil del profesional que trabaja en estas unidades debe haberse formado en habilidades de comunicación y observación, ya que estas habilidades son básicas en estos servicios y previenen situaciones muy desagradables. Se pueden destacar las siguientes capacidades:

Personal formado en las patologías mentales.

Personal con estabilidad emocional.

Capacidad de observación.

Capacidad de trabajado en equipo.

A grandes rasgos estas son las unidades de hospitalización de la Salud Mental que funcionan en todo el territorio nacional.

5 Discusión-Conclusión

En el año 2009, tuvo lugar una campaña mundial para concienciar del Día de la Salud Mental que es el 10 de octubre. En esta campaña se buscaba dar mayor importancia a la atención sanitaria de la salud mental.

Desde esta idea todos los profesionales y las estructuras que atienden a estas personas deben mantener niveles de especialización para lograr un menor cuidado del paciente que abarque todas las esferas.

Las asociaciones de familias, los tutores legales y profesionales deben buscar la mejora de los servicios de las redes de Salud Mental que existen en nuestro país y en cada una de las autonomías.

La idea final es la atención integral, centrada en las necesidades de cada paciente desde los principios bioéticos y primando el paciente como ente que toma sus propias decisiones aun siendo enfermo mental tienen la capacidad de decidir y tomar las riendas de su vida.

6 Bibliografía

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SALUD_MENTAL_ORGANIZACION_Y_DISPOSITIVOS.pdf
<https://psiquiatria.com/article.php?ar=enfermeria&wurl=las-unidades-de-hospitalizacion-de-salud-mental>
https://www.scielosp.org/article/spm/2017.v59n4/351-353/es/?abstract_lang=es
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000200003
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200005

Capítulo 62

TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

BARBARA MUÑOZ GOMEZ

1 Introducción

La necesidad de eliminación intestinal consiste en que el organismo se deshace de las sustancias que son perjudiciales para el metabolismo, a través de las heces. Gracias a la eliminación, el cuerpo mantiene el funcionamiento adecuado de sus órganos. Las heces están formadas por los residuos alimentarios, las células desca-
madas de los intestinos y las bacterias, y por secreciones. Es importante diferen-
ciar las heces por si nos indica problemas o no, hay que fijarse en el color (normal-
mente de color marrón en adultos y tonos ocre en niños, negras por la acción
de los medicamentos, pálidas si hay mala absorción de la grasa, rojas si existe
presencia de sangre, verdosas o naranjas por infección), consistencia (blanda por
diarrea, semisólidas, húmedas o duras debidas a estreñimiento), forma (suelen ser
cilíndricas), cantidad (depende de la ingesta), olor (influida por el tipo de comida
o sustancias de los alimentos ingeridos, si existen bacterias, infección, presencia
de mocos o sangre).

Los factores que influyen en la eliminación fecal son la etapa vital (en el envejec-
imiento existe reducción en la frecuencia de expulsión de heces), el tipo de dieta
(es recomendable tomar dietas ricas en fibra y eliminar los picantes, abundar la
toma de líquidos y reducir el consumo de alcohol), ejercicio físico (ayuda al peri-
staltismo), factores psicológicos (los estados anímicos influyen directamente so-
bre la eliminación fecal, pues pueden actuar como laxantes o como astringentes),

pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas (se puede pedir al paciente que esté en ayunas o se le pueden administrar fármacos como el bario, o intervenciones donde pueda producirse una parálisis temporal del peristaltismo), dolor (suelen conllevar un estreñimiento), o trastornos sensoriales y motores (por ejemplo a nivel medular se reduce la sensación de querer defecar y existe menor control de los esfínteres).

2 Objetivos

Describir la técnica de administración de enemas por parte de los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, en los pacientes que están hospitalizados, tras la prescripción facultativa.

3 Metodología

Para poder encontrar artículos relacionados con este tema, se ha utilizado de bases de datos Medline, Pubmed y Cochrane; a través de los estudios, artículos, trabajos de fin de máster y documentos formativos. Se ha utilizado también palabras clave como: TCAE, excreción, heces, enema, hospital y encamado.

4 Resultados

Un enema es un medicamento en forma líquida que se introduce a través del recto para que haga efecto en el intestino. Siempre debe administrarse bajo una prescripción médica. Existen varios tipos de enema: de limpieza para limpiar el intestino grueso, carminativo o lavativa de Harris para la eliminación de gases, de retención para la aplicación de medicamentos, alimenticio para proporcionar nutrientes, medicamentoso para sedar o estimular, emolientes o de retención de aceite para lubricar la mucosa del intestino, sépticos para destruir los gérmenes y microorganismos, antihelmínticos para eliminar parásitos, baritados para realizar un estudio radiológico, o aéreo para introducir aire en el intestino para un estudio radiológico. Es función del TCAE la administración del enema a los pacientes en el medio hospitalario.

Lo primero es la preparación del material necesario, el lavado de manos y la puesta de guantes estériles. Hay que procurar mantener el enema a la temperatura de 37-40° y nunca superar los 41°. Se debe colocar un empapador debajo del paciente. Para proceder a introducir el enema se debe colocar al paciente en

posición de Sims en decúbito lateral izquierda, con la pierna derecha flexionada hacia el pecho, el brazo derecho hacia delante, y la cabeza ligeramente ladeada. Hay pacientes que no pueden mantener esta posición por lo que se les colocará de espaldas con las rodillas separadas, procurando separar los glúteos de la cama (suele darse en pacientes tetrapléjicos). Si el enema es de aplicación rotatoria su objetivo es que el líquido llegue al colon ascendente; con el paciente en decúbito lateral izquierdo se le debe administrar un tercio del enema, después hacia arriba se le introduce el otro tercio del enema y por último se rota hacia el decúbito lateral derecho para introducir lo que quede del enema. Antes de la aplicación del enema se debe lubricar el enema, y con el paciente en la posición indicada, se debe separar la nalga derecha con una mano, se le indica al paciente que inspire profundamente y espire de forma lenta y continua, se debe introducir el enema con la otra mano realizando pequeños giros y en sentido arriba-atrás guiándonos hacia el ombligo. Jamás se debe forzar para evitar lesiones o molestias. Hay que ir vigilando al paciente durante el proceso. El paciente debe permanecer en esa posición durante 10 a 15 minutos para retener el enema y que deje actuar. Al finalizar, se acomoda al paciente, se recoge el material, se realiza de nuevo el lavado de manos y se anota en su historia clínica.

5 Discusión-Conclusión

La eliminación de excreciones tiene una gran importancia para la vida, ya que con ella mantenemos el equilibrio de líquidos y sustancias del medio interno, y al eliminar las sustancias de deshecho mantenemos un funcionamiento adecuado de los diferentes órganos. Mediante la eliminación intestinal se expulsa al exterior las sustancias que no pueden ser reabsorbidas por la sangre y que no son asimilables por el organismo. Los TCAE son los responsables de realizar todo el procedimiento de aplicación del enema, pero deben estar bien formados y han de realizar muchas prácticas para llevar a cabo la técnica de la forma más segura, efectiva y cómoda para los pacientes.

6 Bibliografía

1. Leiva Arroyo PM. Técnica de administración de enema por parte del TCAE. Revista sanitaria de investigación (2021); 2(2):13.
2. Fernández Rodríguez A. Funciones del TCAE en la aplicación de un enema de limpieza. Ocronos (2021); 4(12):386.

3. Palma JP. Enemas: tipos y técnicas de administración: preparación del intestino para exploraciones e intervenciones. In *Práctica quirúrgica preclínica* (1998); 209-217.
4. Giménez Maroto AM, et al. Técnicas y procedimientos: sondaje rectar. Administración de un enema de limpieza. Extracción de fecalomas. *Metas de enfermería* (2001); 36:10-14.
5. Lahbib Tahar O, et al. El TCAE y la administración de un enema al paciente hospitalizado. *Ocronos* (2021); IV(12):325.

Capítulo 63

FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

VIRGINIA HONRADO VILLAR

GONZALO CHOCANO CASARRUBIOS

JUANA MARTIN-ALBO LARA

CARMEN MARIA LÓPEZ DE LA REINA CARRILLO

VICENTA JIMENO GARCIA DE DIONISIO

1 Introducción

Las muestras biológicas son un tipo de prueba diagnóstica mandada por los facultativos o especialistas para identificar o descartar patologías en las personas. Es muy importante que todo el personal sanitario, caso del auxiliar de enfermería, como no sanitario, conozca el protocolo de actuación en la manipulación de las mismas o en el transporte hasta el laboratorio correspondiente, caso del personal de gestión y servicios, como el celador, porque de este conocimiento depende la no alteración de los resultados de la prueba.

La toma de la muestra biológica se puede realizar en tres contextos diferentes: en el laboratorio hospitalario, en el domicilio del paciente, cuando a este le resulta imposible por su movilidad reducida, desplazarse al centro sanitario y las muestras obtenidas a los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización.

En el laboratorio hospitalario el horario de recepción o de extracción de la toma de la muestra biológica comienza a primera hora de la mañana, siendo el personal sanitario, auxiliar de enfermería y enfermera, los encargados de ambas acciones. Cuando el paciente, por cualquier circunstancia, no puede acudir al centro hospitalario, la enfermera se desplaza hasta el domicilio del mismo, obteniendo así de este modo la toma de la muestra pautada. En las unidades de hospitalización los pacientes ingresados también se les obtienen muestras biológicas, de sangre, de heces, de esputo, etc., siendo el auxiliar y el enfermero los encargados de su realización. Pruebas que se bajaran seguidamente al laboratorio del hospital. En el presente capítulo se desarrollará las funciones que realiza el auxiliar de enfermería en la recogida y obtención de las diferentes muestras biológicas que se les demandan a los pacientes.

2 Objetivos

- Conocer el protocolo de actuación ante la recogida de las muestras biológicas.
- Describir las funciones que el auxiliar de enfermería realiza en la obtención de las pruebas biológicas.

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 desarrolla el auxiliar de enfermería en la toma de pruebas biológicas estarán en función con el tipo de muestra recogida.

- Funciones del auxiliar de enfermería en la prueba de recogida de orina.

Esta recogida de la orina a primera hora de la mañana, debe realizarse en ayunas del paciente. Este análisis se llama urocultivo y trata de buscar microorganismos patógenos en la orina del paciente, cuya obtención debe de ser estéril, para no contaminar los resultados. El protocolo de actuación del auxiliar de enfermería

comienza con el lavado de manos y la colocación de guantes no estériles, de vinilo o de látex, comentando al paciente que es lo que va a realizar.

La zona genital del paciente ha sido lavada previamente, bien por el auxiliar o por el propio paciente, en el caso que sea independiente y pueda realizarlo por sí mismo. Si el paciente presente una movilidad muy acusada y está acostado, el auxiliar de enfermería utilizará la cuña para la recogida de la orina, vertiéndola después en el recipiente para la muestra, previamente etiquetada con el nombre del paciente y el código de barras correspondiente al tipo de análisis que se va a realizar.

-Funciones a realizar el auxiliar de enfermería en la recogida de heces del paciente. El protocolo de actuación por parte de la auxiliar de enfermería es el mismo que para la obtención de la muestra de orina. Una vez depositada la muestra en la cuña, el auxiliar de enfermería recogerá con un bastoncillo parte de la muestra, depositándola en el envase para el efecto, colocándole la etiqueta de identificación del paciente.

-Funciones del auxiliar de enfermería en la recogida de esputos del paciente. Este protocolo consiste en la colocación del paciente en posición fowler o supino, según la movilidad del paciente. El auxiliar de enfermería con un bastoncillo impregnará el mismo en la lengua del paciente o en las cavidades bucales, introduciéndolo acto seguido en el envase para tal fin y cerrándolo enviarlo al laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

En el desarrollo del capítulo se ha observado la función tan importante que tiene el auxiliar de enfermería en la obtención de las muestras biológicas, sobre todo en la realización de un protocolo que no contamine la misma, para que los resultados obtenidos sean precisos y verdaderos. El lavado de manos, antes y después de la obtención de la muestra, debe ser una acción que se realice constantemente y que el auxiliar de enfermería no puede olvidar nunca.

El auxiliar de enfermería en la toma de muestras biológicas debe estar continuamente actualizado en los protocolos que vayan surgiendo en la obtención de las mismas, así como debe estar al día de todas las técnicas de recogida, guardado y transporte de las mismas.

6 Bibliografía

1. Funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la toma de muestras biológicas. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El papel del profesional de enfermería en la toma y manejo de muestras. Disponible en: <https://www.elportaldelasalud.com>
3. Protocolo en la toma de muestras para auxiliares de enfermería. Disponible en: <https://www.redsaludarmenia.gov>

Capítulo 64

FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE UCI PEDIÁTRICA

VIRGINIA HONRADO VILLAR

GONZALO CHOCANO CASARRUBIOS

JUANA MARTIN-ALBO LARA

CARMEN MARIA LÓPEZ DE LA REINA CARRILLO

VICENTA JIMENO GARCIA DE DIONISIO

1 Introducción

La Uci Pediátrica forma parte de los servicios de uci del centro hospitalario. Generalmente la zona de las ucis, pediátrica, polivalente y coronaria, suelen encontrarse localizadas en el mismo pasillo hospitalario. Los pacientes que alberga la Uci suelen ser infantes con una edad que va desde los recién nacidos hasta los catorce años, que ya son considerados adultos. Rara vez suelen encontrarse pacientes con más edad, salvo, hasta los dieciocho años, que necesiten una vigilancia extrema y continua del personal sanitario.

Los niños y niñas ingresados en la unidad suelen presentar enfermedades sobrevenidas que necesitan de una multidisciplinaria atención, donde pediatras, cirujanos, neurólogos, cardiólogos, etc., intervienen con estos pacientes, que están en todo momento monitorizado, es decir, sus constantes vitales están en continua vigilancia.

La unidad está formada por salas, sala de incubadoras para prematuros, es decir, que nacen antes de las treinta y siete semanas de gestación; salas que albergan niños con otras patologías, con edades comprendidas entre los cero y los catorce años.

El equipo de las personas que trabajan en esta unidad tiene presente, siempre, el protocolo de actuación del contacto madre-hijo, en la medida que las circunstancias lo permitan. El auxiliar de enfermería desarrolla su labor en esta unidad y sus funciones como se verá en el desarrollo del capítulo son múltiples y variopintas.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de la unidad de la uci pediátrica.
- Conocer las funciones que desarrolla el auxiliar de enfermería dentro de la unidad de uci pediátrica.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta numerosas búsquedas de información en diversas fuentes científico-técnicas, así como la lectura de diversos epígrafes y capítulos de libros científicos. Además, se ha consultado diversas fuentes bibliográficas y webgráficas en buscadores como: Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

El auxiliar de enfermería destinado en la unidad desarrolla sus funciones conociendo el tipo de paciente que tiene que atender, y por ello sus conocimientos en ciertos mecanismos e instrumentos, deben estar siempre actualizados.

Entre sus funciones se pueden destacar las siguientes:

- Relacionadas con el ingreso de los pacientes en la unidad.

Cuando se trata de ingresos de recién nacidos prematuros o no llegados a término, el auxiliar previamente calentará la incubadora, entre veinticuatro y treinta y dos grados, para asimilar la temperatura de la madre. En estos casos el auxiliar colabora con la enfermera de la unidad a la colocación y acomodo del paciente en la canastilla de la incubadora, ofreciendo al personal sanitario cualquier material que le sea solicitado, como sondas, vías, etc.

Cuando el paciente es un niño o niña de más edad, el auxiliar acomodará al mismo en el box correspondiente, y colaborará con el personal sanitario a la colocación de vías y demás instrumentación que el paciente necesite.

-Relacionadas con el resto de la unidad.

El auxiliar de enfermería es la encargada de mantener el almacén del servicio perfectamente provisionado de todos los materiales e instrumentos que se necesitan, es por ello, que coloca el almacén cada vez que recibe el pedido. El carro de parada no es propiamente una función inherente a su categoría, pero colabora con el personal sanitario a su comprobación y caducidad, en cada ocasión que le sea demanda.

El auxiliar de enfermería en los turnos de comida, siempre que los pacientes puedan comer, es la encargada de colocar al paciente en posición para tal menester, acercándole la bandeja de alimentos y retirándola, una vez finalizada la misma.

El auxiliar de enfermería es la encargada de vestir las camas de los boxes, de la colocación de la ropa necesaria limpia y de retirar las mismas, una vez usadas.

5 Discusión-Conclusión

La uci pediátrica es un servicio con unas características muy específicas por el tipo de pacientes que están ingresados en cualquiera de sus zonas, ya sea incubadoras, camas-nido o boxes. Es por ello que el auxiliar de enfermería de la unidad de uci pediátrica debe ser un profesional formado en la empatía y la paciencia, además de realizar sus funciones con total profesionalidad.

En este servicio se realizan continuamente intervenciones urgentes, se pueden producir incidentes imprevistos, que necesitan de una rápida y pronta respuesta por parte de los profesionales del mismo, y el auxiliar de enfermería, juega un papel muy importante en la resolución de estas intervenciones, estando siempre atento y presto a cualquier alteración en las constantes del paciente.

6 Bibliografía

1. El trabajo en una uci pediátrica. Disponible en <https://www.enfermeria21.com>
2. Los profesionales en el servicio médico de cuidados intensivos pediátricos. Disponible en <https://www.comunidad.madrid>
3. Enfermería en una uci pediátrica. Disponible en <https://www.neurotrauma.net>

Capítulo 65

FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

VIRGINIA HONRADO VILLAR

GONZALO CHOCANO CASARRUBIOS

JUANA MARTIN-ALBO LARA

CARMEN MARIA LÓPEZ DE LA REINA CARRILLO

VICENTA JIMENO GARCIA DE DIONISIO

1 Introducción

La UCI, Unidad de Cuidados Intensivos, también llamada UVI, Unidad de Vigilancia Intensiva, es un servicio de los centros hospitalarios, donde se ofrece una asistencia caracterizada por una alta especialidad y calidad. Los pacientes ingresados en la UCI, son pacientes que necesitan una vigilancia y control extremo, y son pacientes monitorizados, generalmente, en un estado crítico de salud.

Monitorizar a un paciente significa controlar por medios mecánicos y electrónicos, las funciones vitales del enfermo y poder suministrarles los tratamientos adecuados para intentar salvarles la vida de una patología que en muchos casos son curables.

La UCI está conformada por boxes, que son los espacios donde se atiende al paciente, con unas características estructurales muy específicas (paredes de cristal

y antibacterianas, puertas correderas, permite la visibilidad completa del paciente), y distribuidos según las enfermedades o especialidades: cirugía, cardiología, trasplantes, politraumatizados, quemados, etc.

Generalmente la UCI suele estar ubicada cercana al servicio de Urgencias del Hospital, ya que la gran parte de pacientes que ingresan lo realizan desde este servicio.

El auxiliar de enfermería destinado en este servicio debe ser una persona con una formación adecuada, porque en la UCI se realizan continuamente cambios posturales, pautas y colocación de medicación, paradas cardiorrespiratorias, etc., y los pacientes, como se ha dicho anteriormente, o están muy graves o están inconscientes.

2 Objetivos

- Describir cómo funciona el servicio de unidad de cuidados intensivos.
- Conocer las funciones que desarrolla el auxiliar de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.

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 pasará diariamente por los boxes donde los pacientes se encuentran ingresados, generalmente en posición supina y desde la pandemia por Sars-Cov2, también pronados, para la realización de cualquier cambio postural que se realice, que generalmente, si el paciente no está muy crítico en su estado de salud, se realizan cada media hora, para prevenir úlceras por presión que puedan ocasionar escaras.

Delante de cada box se encuentra un carro con medicación, sueros, jeringas, gasas, etc., y todo lo necesario que el paciente ingresado en uci pudiera necesitar

en cualquier momento. Estos carros deben estar siempre repletos de los elementos mencionados, y que el auxiliar de enfermería se encargará de tenerlo de este modo.

Todos los pacientes de uci están monitorizados, cuyas constantes vitales y señales cardiorrespiratorias se controlan desde los monitores que están en el mostrador, siendo misión del auxiliar, junto con las enfermeras, de tenerlos siempre vigilados y controlados, para intervenir en caso necesario.

A primera hora del turno de mañanas, se realizan las placas radiológicas de control, prácticamente a todos los pacientes ingresados. El auxiliar de enfermería colabora con el técnico de rayos en la realización de las mismas.

Junto con el personal de enfermería, el auxiliar colabora con la enfermera, en la eliminación de las secreciones que impiden que los pacientes respiren normalmente, así como en la colocación de cuñas y de enemas, en aquellos otros que lo necesiten.

A la hora de las visitas, controla, junto al celador, la entrada y salida de familiares y acompañantes, haciendo respetar el turno y tiempo establecido para tal menester, vigilando del mismo modo que los familiares no toquen ningún objeto del box, como sondas o drenajes, siempre en beneficio del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La UCI tiene unas características muy específicas por el tipo de pacientes que están ingresados en sus boxes. Por lo tanto, el auxiliar en este servicio, debe ser un profesional que realice su trabajo con pulcritud y sabiendo lo que hace. En la UCI se realizan continuamente cambios posturales a los pacientes, generalmente, en un estado muy grave y conectado a bastantes aparatos, por lo que esta labor debe realizarla la auxiliar con la colaboración del celador, con sumo cuidado y no bruscamente.

El auxiliar debe estar constantemente en el servicio y llevará siempre con la bata aséptica, y en todas las intervenciones con los pacientes deberá mostrar respeto, abstenerse de realizar algún comentario peyorativo, preservando en todo momento la intimidad del paciente.

6 Bibliografía

1. El auxiliar de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Disponible en <https://sinfsa.com>

2. El auxiliar de enfermería y el paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos. Disponible en <https://revistamedica.com>

Capítulo 66

ÚLCERAS POR PRESIÓN. CRITERIOS DE ACTUACIÓN PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

RACHIDA HAYAD CHAIB

YOLANDA OJEDA BORRAS

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) están claramente relacionadas con el inmovilismo, de modo que una persona mayor inmovilizada aparece como un paciente de alto riesgo en desarrollarlas. Existen otros factores de riesgo de úlceras por presión (UPP) tales como la incontinencia, la diabetes, la pérdida de peso e infecciones. Los graves problemas que pueden generar estas úlceras tales como infecciones, dolor, retraso en la recuperación de enfermedades y aumento de la morbilidad y mortalidad hacen imprescindible el desarrollo de un programa en todas las residencias. En ocasiones, una persona debe de permanecer largos periodos de tiempo encamada o inmovilizada en una silla de ruedas. En estos casos, es muy importante mantener cambios posturales periódicos, que ayuden a evitar la presión excesiva y constante en las zonas inmovilizadas, que provocan como consecuencia la disminución del riego sanguíneo y la inevitable degradación de los tejidos que en último término lleva a la aparición de las úlceras por presión. Existe, por tanto, una relación directa entre movilización o en su caso la ausencia de la misma, con la aparición de las úlceras por presión o escaras. El personal

sanitario en general, y más concretamente el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (en adelante TCAE), debe tener un conocimiento profundo y específico de esta materia, de manera que se pueda evitar que la salud de los pacientes se deteriore, como consecuencia de una mala praxis en este sentido.

2 Objetivos

- Definir qué son las úlceras por presión y sus diferentes tipos.
- Profundizar en la etiología de las úlceras por presión.
- Analizar diferentes pautas de actuación por parte del TCAE, para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.

3 Metodología

Para desarrollar este artículo, realizamos una extensa investigación y consultamos una amplia gama de fuentes sobre el tema. Examinamos varios artículos de publicaciones y revistas de enfermería, junto con sitios web dedicados a las úlceras por presión. Adicionalmente, estudiamos protocolos de actuación sugeridos por diversas fuentes oficiales, incluyendo hospitales y unidades de salud.

4 Resultados

Las escaras o úlceras por presión afectan a las personas inmóviles con tejido necrótico localizado. Estas heridas generalmente ocurren donde las protuberancias óseas hacen contacto con superficies como camas o sillas de ruedas. El área sacra, las caderas, los talones y los codos son sitios comunes para las úlceras por presión. La falta de movilidad es una de las principales causas de estas úlceras y puede exacerbar problemas de salud preexistentes. El síntoma previo a la aparición de la escara, suele ser el enrojecimiento y la molestia, así como alteraciones de temperatura. Una vez que aparece la úlcera, se va clasificando su evolución en función del grado de afectación de los tejidos:

- Estadio 1: Se inicia con un enrojecimiento de la piel en una zona localizada, que al presionar no palidece.
- Estadio 2: comienza a padecerse una pérdida de grosor de la piel. La escara tiene apariencia de cráter o ampolla.
- Estadio 3: Existe ya, pérdida total del grosor de la piel, y se inicia una fase de necrosis subcutánea.

- Estadio 4: La necrosis va aumentando hasta alcanzar el músculo, hueso o tendones.

El avance a través de estas cuatro etapas ocurre gradualmente, brindando una oportunidad para que el tratamiento elimine las úlceras por decúbito (a menos que haya complicaciones presentes). Sin embargo, curar las úlceras de decúbito es un proceso que requiere mucho tiempo, lo que puede exacerbar cualquier condición médica preexistente. Es por eso que prevenir las úlceras por decúbito es de suma importancia. Los ajustes posturales son cruciales para prevenir las escaras, y los profesionales deben controlarlos y regularlos meticulosamente para evitar lesiones en la piel. Los cambios posturales junto con una higiene e hidratación adecuada de la piel, son la clave para el tratamiento en la prevención de las úlceras por presión. En este aspecto, el TCAE tiene una labor fundamental y directa, ya que es el encargado de la asistencia directa y los cambios posturales de los pacientes. Por tanto, que esté formado adecuadamente y sea conocedor de cómo, cuándo y de qué manera actuar, ayudará en gran medida al tratamiento de las úlceras una vez que aparecen. Aunque como se ha señalado anteriormente, la intención principal es prevenir que aparezcan.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de este capítulo, hemos analizado las úlceras por presión, un tipo de herida en la piel que puede tener efectos graves y duraderos en los pacientes. Estas lesiones pueden ser causadas por una variedad de factores y es crucial que los profesionales de la salud entiendan cómo abordarlas de manera efectiva. Como tal, es vital que cada trabajador de la salud reconozca la gravedad de estas heridas y las aborde con el mayor cuidado y atención. Prevenir la aparición de úlceras por presión es tan importante como tratarlas. El Auxiliar Técnico en Salud y Bienestar Social (TCAE) juega un papel importante en este sentido. Su responsabilidad es asistir a los pacientes en sus actividades de la vida diaria, convirtiéndolos en un aliado indispensable en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Al identificar problemas potenciales desde el principio, los TCAE pueden brindar un apoyo vital antes de que la lesión empeore. Esto destaca la importancia de una comunicación y colaboración efectivas entre los miembros del equipo de atención médica. Un enfoque multidisciplinario asegura el desarrollo de planes de acción confiables y efectivos para combatir tales problemas.

6 Bibliografía

scielo, pubmed, google.

Capítulo 67

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PARTO Y POSTPARTO

RACHIDA HAYAD CHAIB

YOLANDA OJEDA BORRAS

1 Introducción

El servicio o unidad de paritorios está situado normalmente en la planta baja del hospital y está comunicado con los principales servicios de urgencias, laboratorio, banco de sangre, quirófano y planta de hospitalización. Las mujeres permanecen allí durante el tiempo que dure el trabajo del parto y alrededor de 2 horas después del mismo si no se produce ningún tipo de complicación durante en el puerperio, en caso contrario estarán allí el tiempo necesario para realizar las transfusiones, revisiones o técnicas necesarias. La mayoría de los nacimientos que ocurren a nivel mundial cada año se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo de tener complicaciones para ellas ni para sus bebés, al comienzo y durante el trabajo de parto. Sin embargo, el momento del parto es crítico para la sobrevivencia de las mujeres y los bebés, ya que el riesgo de morbilidad puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones. Por ello, todos los cuidados recibidos en esta etapa son de vital importancia para la mamá y el bebé. Tras el momento del parto comienza el período puerperal, un período en el cual la mujer va a sufrir una serie de transformaciones en su cuerpo para retornar, casi, al estado previo

que tenía antes de su embarazo. Las glándulas mamarias serán una excepción, puesto que aquí es cuando empiezan a tener su máxima actividad y desarrollo. En líneas generales este período viene a durar unas 6-8 semanas.

2 Objetivos

- En esta comunicación tenemos como objetivo conocer los tipos de cuidados que se realizan durante el parto y posteriormente, en el período puerperal.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos llevado a cabo una exhaustiva búsqueda científica a través de diferentes plataformas online y revistas científicas. Los descriptores utilizados en la búsqueda son: periodo puerperal, parto, cuidados durante el parto y cuidados postparto.

4 Resultados

Cuando comienza el trabajo de parto de una paciente embarazada, el TCAE la acompaña a su habitación y la ayuda a acomodarse. Una de las primeras tareas es ayudarla a colocarse en una posición cómoda en la cama y ponerse el camión requerido. Si las contracciones aún no han comenzado, puede vestirse sola, pero el papel del TCAE siempre es apoyar y facilitar el proceso. Las futuras madres en la cúspide del parto a menudo experimentan inquietud y ansiedad, ya que no pueden ingresar a la sala de partos hasta que se hayan dilatado lo suficiente. Es fundamental calmarlos, brindarles comodidad y explicarles el proceso y el cronograma para acceder a la sala de partos. Otro personal del hospital controlará el progreso de la dilatación y notificará a la madre cuando sea el momento de trasladarse a la sala de partos para el trabajo de parto. Previamente, los auxiliares de enfermería deben asegurarse de que la sala de partos esté en óptimas condiciones, limpiando y esterilizando todo el equipo necesario. Una vez que la madre esté lista, los asistentes pueden ayudarla con el posicionamiento. Como asistente de enfermería, sus deberes pueden incluir asegurarse de que la futura madre esté preparada para el parto, incluido el afeitado del área genital o el sitio de la incisión para una cesárea. Cuando sea el momento, la matrona, la enfermera y el médico (si es necesario) ingresarán a la sala de partos, y el auxiliar de enfermería debe estar familiarizado con todos los instrumentos que puedan ser necesarios

para ayudar al equipo de atención médica. Además, el asistente debe estar listo para ayudar con cualquier tarea necesaria y mantener una comunicación abierta con el equipo durante todo el proceso de entrega.

5 Discusión-Conclusión

En colaboración con la matrona, durante el puerperio de la paciente es asegurar el máximo nivel de comodidad y bienestar tanto para la paciente como para el recién nacido, así como para su acompañante. En esta fase particular, nuestra asistencia con la higiene es crucial para las mujeres. A menudo, incluso con una epidural, no pueden moverse libremente ni cuidarse solos. Agotadas después del parto, confían en nuestra ayuda para garantizar una higiene adecuada. El bienestar tanto del bebé como de la madre es de suma importancia durante el parto y la atención posparto. Creo que los padres deben tener un papel más activo en este proceso, y es fundamental que ambos padres practiquen el contacto piel con piel con el recién nacido. En las primeras horas después del parto, es crucial monitorear de cerca a la madre, ya que es cuando es más probable que ocurran los riesgos potenciales.

6 Bibliografía

pubmed, scielo, google.

Capítulo 68

LA GRIPE Y SU VACUNACIÓN. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

BERNARDA JIMÉNEZ MAESO

LAURA REDONDO SANCHEZ

SARA ROMERO DÍAZ-MAROTO

1 Introducción

La gripe la causa el virus influenza, es una infección de nariz, garganta, bronquios y pulmones. No se debe confundir con el resfriado común que es causado por otros virus. La gripe se presenta principalmente en invierno, de noviembre a marzo. Las personas con más riesgo al infectarse de gripe son embarazadas, mayores de 65 años, menores de 5 años, enfermos crónicos con enfermedades cardiacas o pulmonares, diabéticos, inmunodeprimidos y personal sanitario.

La vacunación es el proceso de recibir una vacuna para protegerse contra una enfermedad. No solo nos protegemos a nosotros mismos al vacunarnos, sino que protegemos a todas las personas que nos rodean a través de la inmunidad comunitaria o colectiva. Al ser la gripe una enfermedad altamente contagiosa la inmunidad colectiva es primordial para ayudar a personas que no se pueden poner la vacuna: recién nacidos, alérgicos a ingredientes que pudiera llevar la vacuna, enfermos con el sistema inmunitario debilitado.

Existen distintos tipos de vacuna antigripales:

- inactivadas (trivalente o tetravalente): hechas con virus muertos
- atenuadas(tetravalente): hechas a partir del virus debilitado.

Para incrementar la respuesta a la vacuna en las personas con factores de riesgo se han desarrollado nuevas vacunas inactivadas trivalentes y tetravalentes con inmunidad reforzada:

- vacunas con adyuvantes como el MF59. Su uso está limitado a personas de más de 64
- vacunas viro sónicas: no están disponibles.
- vacunas intradérmicas: con dispersivos de inyección

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del TCAE ante la gripe y la vacunación a través de un caso clínico.

3 Caso clínico

Varón de 40 años, técnico en cuidados auxiliares de enfermería en un hospital público, llega a consulta para vacunarse contra la gripe, ya que su vacunación es prioritaria ante su importancia estratégica como personal sanitario. La vacunación empieza entre el 26-9-22 y el 17-10-22 y seguirá disponible hasta que finalice la temporada de gripe (de noviembre a marzo). La vacunación conjunta de gripe y COVID-19 de la temporada pasada fue favorable y se recomienda que se ponga las dos vacunas.

Además de la vacunación se le recomienda:

- taparse la boca al toser o estornudar
- lavarse las manos frecuentemente
- no reutilizar pañuelos.
- evitar contacto con personas enfermas de gripe
- Si sospecha que ya tiene síntomas (malestar general, fiebre etc.):
- limitar contacto con personas sanas.

Por regla general, la gripe es una enfermedad leve cuyos síntomas pueden durar entre 2 y 5 días, la tos puede durar hasta 15 días, pero puede hacerse grave e incluso mortal en ancianos, enfermos crónicos etc. Generalmente los síntomas son: dolor muscular y articular, fiebre, dolor de cabeza, tos, destilación nasal y dolor de garganta, algunas veces también puede aparecer dolor abdominal, náuseas

o diarrea. Algunos enfermos pueden presentar síndrome de astenia postverbal después del cuadro agudo.

La complicación más grave, si no se vacuna y se contrajera la gripe es la neumonía gripal y las sobreinfecciones del tracto respiratorio por bacterias. En niños, especialmente los tratados con aspirina, existe el riesgo de presentarse el Síndrome de Reye, que afecta a hígado y cerebro, y puede ser mortal.

Hay 4 tipos de virus de la gripe A, B, C y D. Los que producen epidemias estacionales son los de tipo A y B, los de tipo C suelen causar infecciones leves que carecen de importancia desde el punto de vista sanitario. Los de tipo D afectan al ganado y no parecen ser causa de enfermedad en humanos.

Como técnico en cuidados auxiliares de enfermería debemos conservar la vacuna entre 2 y 8 grados centígrados, el exceso de frío o calor puede provocar una pérdida de su capacidad inmunizadora. Por tanto, debemos estar pendientes de sacarla de la nevera cuando la enfermera se la vaya a administrar al paciente y volver a guardar las que no se usaran. Cuando se termine la vacunación, reiterarle las recomendaciones por si el paciente tuviera alguna duda. Recoger y reponer todo el material que se hubiera usado y dejar la consulta preparada para un nuevo paciente

4 Discusión-Conclusión

La vacunación de distintas enfermedades en general y de la gripe en particular es fundamental para conseguir una inmunidad colectiva o comunitaria, ya que no se protege solo el que se vacuna sino toda la comunidad a la que pertenece. La vacuna de la gripe consigue una protección entre el 50-80 por ciento.

Como técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debemos recomendar, en la medida de nuestras posibilidades a la población, la vacunación de la gripe, porque está demostrado que es segura y eficaz. Esta campaña se realizará conjuntamente con la dosis recuerdo del COVID-19, aunque se puede optar por no recibirlas juntas sino separadas en su administración por unos días.

5 Bibliografía

<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/gripe>

<https://medlineplus.gov/spanish/vaccines.html>

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Recomendaciones_vacunacion_gripe.pdf

[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/gripe#:text=La%20gripe%20es%20una%20enfermedad,una%20enfermedad%20de%20distribuci%C3%B3n%20mundial.>
<https://www.caib.es/govern/index.do?lang=ca>
<https://www.vacunas.org/>

Capítulo 69

EL SECRETO PROFESIONAL Y LA CONFIDENCIALIDAD EN LA FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

INMACULADA LOPEZ GARCIA

ANGELICA RUANO ORTEGA

NATALIA RUBIO JIMÉNEZ

COSME DAMIÁN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

PAULA VICIOSO SÁNCHEZ

1 Introducción

El secreto profesional es una cuestión que se encuentra muy presente entre todo el personal sanitario y no sanitario, ya que se tiene conocimiento de datos que afectan al paciente y a su entorno cercano. Cuando se trata de definir el secreto profesional surge una gran polémica que lleva consigo el tener que definir este concepto como la obligación de no revelar lo que se conoce como objeto de la práctica profesional.

Los conceptos de intimidad, confidencialidad, secreto, privacidad son vocablos que se encuentran relacionados con lo que este capítulo pretende tratar el concepto y todo lo que ello conlleva sobre el secreto profesional. Estas palabras en

muchas ocasiones e incluso en la legislación se puede ver que se utilizan como sinónimos. Con los avances de la tecnología, determinadas informaciones sobre el entorno social, familiar, nuestra sexualidad e incluso las creencias están en manos de los profesionales sanitarios llegando a ver cómo se traspasan los límites de nuestra intimidad.

Estas realidades tan íntimas por medio de la tecnificación pueden llegar a hacerse públicas quebrantándose la intimidad y la confidencialidad que se ha creado como vínculo terapéutico.

El concepto de confidencialidad hace referencia al acceso a la información más privada de la persona con la que trata el personal sanitario. Al llegar a este punto, la privacidad hace su entrada de tal manera que lo personal y lo privado forman parte de esa relación confidencial que se ha creado y que forma parte de lo que se llama secreto profesional.

2 Objetivos

Exponer la importancia del secreto profesional para la figura del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Este trabajo se ha llevado a cabo realizando una búsqueda bibliográfica consultando diferentes fuentes impresas y de soporte digital, en las bases de datos de: Dialnet, PubMeb, Elsevier; biblioteca electrónica de Scielo y Google académico entre otros. Se han consultado también páginas estatales del país. Se ha buscado como referencia las siguientes palabras: secreto profesional ámbito hospitalario, intimidad, confidencialidad, personal sanitario y no sanitario.

4 Resultados

En el ámbito laboral diario, existen situaciones que obligan al sigilo profesional porque se violan los derechos de la intimidad del paciente que se consideran un valor y derecho fundamental en base al artículo 18 de la Constitución Española. Esto conlleva que no se puede revelar información del paciente/usuario a una tercera persona, aunque en algunos casos sea una familiar por las posibles repercusiones que eso conlleva.

La intimidad es un derecho del usuario del sistema sanitario y un deber del profesional ya sea sanitario o no sanitario pero que mantiene relación con el paciente. Se trata de llegar a generar un cuidado de humanizado de la calidad del paciente y del propio sistema.

El hecho de no cubrir al paciente durante su aseo es una violación de su intimidad que provoca una serie de sentimientos y vivencias negativos que se unen al proceso de ruptura con su vida al estar ingresado en un centro hospitalario. En la gran mayoría de los casos los pacientes no expresan esa falta de intimidad, pero el personal que le atiende debería estar formado para tener la aptitud de captar esa falta de intimidad y ese malestar en el paciente.

Se puede llegar a producir una violación de la autonomía del paciente otro de los grandes pilares de la bioética junto con el de beneficencia, ya que en este caso estos dos pilares no se están cumpliendo.

Los profesionales que trabajan en la sanidad formando parte del sistema sanitario deben conocer y formarse en la legislación que regula la confidencialidad y el deber de secreto profesional, así como las consecuencias civiles y penales por revelar los datos personales de los usuarios que utilizan el sistema.

Otro hecho a tener en cuenta es generar cursos dentro de las propias plataformas de los diferentes sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas para que los profesionales del sistema adquieran los conocimientos y las habilidades para poder cumplir con el deber del secreto.

Se debe saber que se puede quebrantar el secreto profesional ante un peligro para la salud pública, ante una mala praxis y ante un juez. Se debe facilitar la información a aquellas personas a las que el paciente ha autorizado expresamente y estén acreditadas para ello.

Se debe procurar realizar los cambios de turno en voz baja y en un espacio cerrado y privado. Se debe ser consciente de un respeto absoluto a la intimidad del paciente/usuario del sistema facilitando no solo los medios personales sino también los físicos para que esto se lleve a cabo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y como auxiliares de enfermería debemos afirmar que, el secreto profesional es un deber que va unido al desarrollo laboral de todo profesional del sistema sanitario en relación con los derechos del paciente.

Existe un marco legal que protege al paciente/usuario cuando existe un incumplimiento y se castiga ya sea por la vía civil, administrativa como por la vía penal dependiendo del grado de atentado contra la intimidad.

Los trabajadores del sistema sanitario en muchas ocasiones ya sea por falta de información o de formación no actúan de la forma más correcta y adecuada para poder hacer frente a este dilema ético. Es básico generar conciencia sobre la importancia del secreto profesional a la hora de realizar cualquier actividad con el paciente para evitar un delito o una falta por leve que sea considerada.

Existen múltiples conflictos éticos con la confidencialidad, pero se debe asumir que es un deber del que se carece formación ética - legal. De hecho, son pocas las denuncias de los pacientes frente a las veces que no se llega a respetar este secreto por ello se está a tiempo para formar a los profesionales y que si la constancia de los usuarios continúa puedan proclamar su derecho al secreto.

6 Bibliografía

1. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3005156>.
2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17851349>.
3. <https://medicinagaditana.es/>
4. <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2549/192>.
5. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Med Clin (Barc) 2002.

Capítulo 70

PREPARACIÓN Y USO DE LOS EMBALAJES EN ESTERILIZACIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

INMACULADA LOPEZ GARCIA

ANGELICA RUANO ORTEGA

NATALIA RUBIO JIMÉNEZ

COSME DAMIÁN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

PAULA VICIOSO SÁNCHEZ

1 Introducción

Como introducción expondremos una serie de términos importantes relacionados con la esterilización y los sistemas de embalaje.

-Microbicida o Germicida: Agente capaz de destruir microorganismos (ambos, son sinónimos).

-Bactericida: capaz de matar bacterias.

-Viricida: capaz de eliminar virus.

-Fungicida: capaz de matar hongos.

-Esporicidas: capaz de eliminar esporas.

Agentes esterilizantes

- Acción bactericida, esporicida, viricida y fungicida.
- Alto poder de penetración tanto en el interior de los paquetes como en los dispositivos de los médicos.
- Nulo riesgo para el paciente, el trabajador y el medio ambiente.
- ¿Qué factores influyen en la efectividad de los antibacterianos?
- Características microbianas: Dependiendo del microorganismo se usan diferentes métodos para poder eliminarlo. Son más resistentes.
- Número de microorganismos: A mayor carga microbiana inicial, mayor tiempo para eliminar a toda la población.
- Tiempo de exposición: aumenta para microorganismos más resistentes o endósporas.
- Influencias ambientales: las propiedades físicas y químicas del medio o sustancias donde se encuentran los microorganismos tienen una profunda influencia de la destrucción microbiana. Por ejemplo, el calor es mucho más eficaz en materiales ácidos que materiales alcalinos.

SISTEMA DE EMBALAJE DEL MATERIAL DE ESTERILIZACIÓN:

Antes de esterilizar los materiales, se empaquetan convenientemente para impedir el paso de los gérmenes una vez completado el proceso. (los paquetes permiten el paso del agente químico, de los gases aire, pero impide la entrada de microorganismos. Ej.: igual que las mascarillas)

2 Objetivos

Dar a conocer como personal sanitario titulado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario cómo se debe preparar el material de esterilización, conociendo los conceptos básicos y el sistema de embalaje del mismo material.

3 Metodología

Para 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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

Proceso de Embalaje

Antes de esterilizar los materiales, se realiza el proceso de Embalaje. En este proceso se empaquetan convenientemente para impedir el paso de los gérmenes una vez completado el proceso (los paquetes permiten el paso del agente químico, de los gases aire, pero impide la entrada de microorganismos. Ej.: igual que las mascarillas).

Las características del embalaje y las pautas a tener en cuenta para el adecuado proceso de embalaje son:

- Debe de ser ligero y sin sustancias que dañen al paciente o a la persona que lo manipula.
- Impermeable, para permitir el proceso de esterilización en todas sus fases.
- Hermético, para impedir la entrada de microorganismos.
- Resistente a altas presiones, el aire, la humedad y la manipulación del producto, sin que se produzcan daños ni roturas.
- El papel: Tiene que ser compatible con la autoclave, pero no se considera una barrera eficiente porque no se impermeabiliza.
- Papel crepado: Es una fibra no tejida, compatible con la autoclave y óxido de etileno que posee propiedades de flexibilidad, resistencia y amoldamiento. Además, es repelente al agua. Se hace poroso durante la esterilización. Se usa generalmente para envolver paquetes de mayor volumen, en reemplazo de la tela.
- Bolsa mixta: Por una cara, de papel y por la otra de plástico que permite ver el contenido. Compatibles con la autoclave, el oxígeno de etileno y el peróxido de hidrógeno.
- Contenedores rígidos: de aluminio, con un sistema de filtros que pueden ser de teflón o de papel. También existen contenedores perforados con filtro, que van a la autoclave y son resistentes a las presiones.

¿Cómo se organizará el set de embalaje?

- Todos los instrumentos y piezas que se incluyan en el set deben estar en perfecto estado y funcionar correctamente, de lo contrario, deberán sustituirse.
- Los distintos elementos del set deberán agruparse por función, por ejemplo, todas las pinzas hemostáticas juntas, todas las tijeras de corte juntas, etc.
- Al organizar el set, se tendrá en cuenta también el tamaño, es decir, cada conjunto de elementos con la misma función se ordenará de menor a mayor tamaño.
- Si el set incluye instrumental que presenta distintas piezas que pueden utilizarse de forma conjunta o separada, todas estas piezas se incluirán juntas y ensam-

bladas.

-Todo el instrumental debe disponerse de tal manera que facilite la entrada y penetración del agente esterilizante, por ello, siempre deberá dejarse un pequeño espacio entre las piezas y las distintas partes de una misma pieza, aunque siempre optimizando al máximo el espacio.

-El material incluido nunca debe superar el 70% del volumen del contenedor, y su distribución nunca impedirá ni interferirá en su cierre hermético.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto en el anterior apartado del presente capítulo (resultados) se ha aprendido como personal sanitario titulado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario cómo se debe preparar el material de esterilización, conociendo los conceptos básicos y el sistema de embalaje del mismo. Se sabe cuáles son los términos más importantes y su definición respecto a la esterilización. Además, ha sido especificado cuáles son los factores que influyen en la efectividad de los antibacterianos y también conocemos cuál es el sistema de embalaje de los materiales para esterilizar. Por último sabemos cómo debemos organizar el set, asegurándonos de que todos los materiales se encuentren en perfecto estado.

6 Bibliografía

1. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES HOSPITALARIAS - Traducción: Lic. Lourdes Díaz; Lic. Lucía García; Lic. Silvia Guerra (diciembre 2010) https://www.cocemi.com.uy/docs/limpiezahosp_dic2010.pdf
2. UNIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN -Junta de Andalucía (15 de septiembre 2016) <https://www.picuida.es/unidad-central-de-esterilizacion-estandaresyrecomendacion>

Capítulo 71

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS REALIZADA POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

INMACULADA LOPEZ GARCIA

ANGELICA RUANO ORTEGA

NATALIA RUBIO JIMÉNEZ

COSME DAMIÁN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

PAULA VICIOSO SÁNCHEZ

1 Introducción

La comunicación es un proceso en el que el personal de atención médica establece relaciones con pacientes con palabras y no lenguaje. La comunicación es la principal necesidad de toda la existencia de la vida en la sociedad. La comunicación es una necesidad básica en todos los ámbitos y en todo momento, por la necesidad de compartir todo lo que somos, es decir, somos seres sociales que nos comunicamos a través del lenguaje verbal. La atención desde el momento de la llegada a la unidad de cuidados intensivos debe incluir comunicación verbal y no verbal. En la mayoría de los casos, para interactuar con los pacientes, a

través del lenguaje sin lenguaje, pueden inspirar más profundamente y para que estas unidades estén preparadas para que sus expertos puedan interactuar con los sistemas creados para poder interactuar. El paciente quiere comunicarse y la necesidad de comprender del personal médico para poder satisfacer las necesidades del paciente como base para el comienzo de la recuperación del paciente. No debemos olvidar que para honrar y perseguir los fines de la bioética se debe dar prioridad a la satisfacción de las necesidades básicas de las que habla Maslow, por lo que la comunicación es una de ellas.

2 Objetivos

Resaltar la importancia de la comunicación no verbal en los centros hospitalarios por parte del técnico de cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes.

3 Metodología

En preparación para este capítulo, se llevó a cabo una investigación que incluyó una revisión de la bibliografía de la literatura científica disponible, tanto en papel como en formato electrónico. Se realizó una búsqueda sistemática de libros, así como una revisión de artículos en una gran base de datos en la nube, seleccionando artículos académicos de publicaciones académicas revisadas por pares. Palabras clave: comunicación no verbal, cuidados críticos, enfermería y jeroglíficos. Se ha excluido el texto en inglés.

4 Resultados

Las primeras menciones sobre el cuidado y las relaciones interpersonales aparecieron en 1952. En ese momento, Hildegard Peplau publicó "Relaciones individuales en enfermería", en el que señaló que los profesionales de la salud necesitan saber conectarse con los pacientes y desarrollar habilidades de comunicación individual. La comunicación juega un papel importante en las profesiones profesionales de la salud. Establecer una comunicación eficaz con el paciente suele ser un aspecto importante del tratamiento. Con sus habilidades de comunicación, puede crear relaciones con sus pacientes para ayudarlo a recuperarse. Así que estamos hablando de atención de calidad. La comunicación no verbal debe ser competencia de los profesionales de la salud. En la comunicación, los gestos o signos suelen complementar las palabras. En los servicios especiales, como las

unidades de cuidados intensivos, el personal trata de entender a los pacientes intubados o traqueostomizados que no pueden comunicarse verbalmente. Muchos de estos sitios han desarrollado un sistema de comunicación, uno de los cuales son pictogramas que permiten a los pacientes comunicar sus necesidades a través de dibujos. La comunicación no verbal mediante pictogramas es una herramienta eficaz para captar los mensajes a través de los cuales una persona expresa sentimientos y necesidades, de modo que la relación terapéutica propicie la recuperación y el confort del paciente. Los pictogramas como herramienta de comunicación en las unidades de cuidados intensivos contienen imágenes o símbolos que pueden transmitir información sobre sus necesidades y el desarrollo de su enfermedad, así como de su familia y otras situaciones. Son tableros de comunicación pictográficos que facilitan la interacción comunicativa y brindan un canal de retroalimentación para los pacientes. Consisten en tablas de imágenes que representan las necesidades y sentimientos básicos de una persona descrita por Maslow. Viendo al paciente como un ser bio-psico-social se debe cubrir esa necesidad social. Desde esta idea el sistema sanitario en cada una de estas unidades ha generado muchas veces sistemas a través de dibujos para que los usuarios puedan comunicarse con los profesionales que atienden sus necesidades. La falta de tiempo, la carga de trabajo y la tecnificación de estos servicios provocan que se olvide de cubrir las necesidades de las que habla Virginia Henderson. El equipo de la unidad de ser capaz de mejorar la calidad de la atención con una mejora de sus competencias técnicas.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos tienen una doble preocupación. Estado e incapacidad para comunicarse verbalmente. No pueden expresar sus emociones y necesidades, lo que requiere un mayor estrés terapéutico. El personal médico en los críticos todavía está en la cama las 24 horas del día. Esto lleva a que mantener una relación con el paciente sea de gran importancia. La comunicación juega un papel muy importante en el desarrollo de estos pacientes. La forma y el método de comunicación tendrán sentido antes y después del progreso del paciente. Según Virginia Henderson, se debe cumplir con la necesidad de comunicación y el personal médico debe ayudar o ayudar con esto. Los pacientes intubados tienen dificultad para comunicarse, y el hecho de que en muchos casos no puedan comunicarse se suma al estrés que experimentan. Desde entonces, los profesionales de la salud han trabajado para mejorar sus intervenciones para brindar una atención humana. Es normal decirle a un paciente

intubado: lo siento, no te entiendo, lo siento, etc. Esto genera frustración, ansiedad, despersonalización, pérdida de control y miedo en ambos sentidos, tanto hacia el paciente cuando es mal entendido y al especialista cuando no lo es. Según diversos estudios, alrededor del 40% de los pacientes críticos que mueren en el hospital pasan sus últimos días en la unidad de cuidados intensivos, muchos de los cuales están ventilados mecánicamente y sienten que no podrán comunicarse por la mañana al final de la vida. . Gracias al desarrollo de pictogramas, ha habido un cambio en las actividades diarias del individuo, y este sistema de comunicación se incluye como rutas. Esto significa esfuerzos del personal en el campo de la capacitación y el desarrollo de competencias y un estado de sufrimiento insignificante y estrés del paciente que al mismo tiempo ve los esfuerzos de comunicación. Para que puedas concluir que no entiendo cómo has cambiado, trata de mostrar lo que significa para nosotros en estas imágenes. Así igualamos la capacidad de cubrir y apoyar las necesidades de comunicación de las que habla Virginia.

Henderson.

6 Bibliografía

Abal Crespo, Carmen María “Comunicación no verbal: influencia en la calidad de la atención y bienestar del paciente en quirógrafo” 2017.

Cibanal Juan L, Arce Sánchez Ma C, Carballal Balsa Ma C. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Varela Curto MaD, Sanjurjo Gómez ML, Blanco García FJ. El lenguaje de los cuidados. Enfuro [Revista en internet] 2009 [acceso 14 de marzo de 2017]; (111):8–10.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3066074>

<https://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/3059/pictogramas-parapacientes-con-problemas-de-comunicacion-en-el-servicio-de-neumologia.html>

Almudena Candelaria López Pérez “Implementación de un Cuaderno de comunicación aumentativa/alternativa basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes intubados conscientes” Universidad de la Laguna Junio 2019.

Capítulo 72

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS IMPORTANCIA DE LAS PULSERAS IDENTIFICATIVAS EN LOS PACIENTES

MARIA YOLANDA CASTELLANOS RUF

SARA GALDÓN GARCÍA

MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA

MARIA ESTHER FUNCIA LARGO

M^a NURIA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Antiguamente, la identificación de los pacientes era por número de habitación, cama, box, actualmente esta forma de identificación es impensable teniendo en cuenta la cantidad de pacientes que se atienden a diario y el flujo continuo de los mismos.

La seguridad de los pacientes en los centros hospitalarios es un componente esencial y que todo personal del centro sanitario debe conocer y tener en cuenta. La Organización Mundial de la Salud en el 2007 propuso las “nueve soluciones para la seguridad del paciente”, siendo la segunda de ellas la identificación del paciente. También en las “seis metas Internacionales de Seguridad del Paciente” en concreto en la meta 1 habla de asegurar la correcta identificación de los pacientes.

Es muy importante establecer un sistema de identificación del paciente en el ámbito hospitalario y por supuesto llevarlo a cabo de forma correcta, de este modo se evitarán errores en los tratamientos, y se facilita la forma de trabajo. Actualmente, el método de identificación usado por excelencia en los centros sanitarios es la pulsera identificativa, la cual es analizada, entre otros, en el Protocolo del Servicio de Salud del Principado de Asturias en junio del 2006 y el Reglamento de funcionamiento del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Los dos hacen referencia a la identificación de los pacientes durante toda su estancia en el hospital o centro sanitario.

2 Objetivos

Describir las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en relación con las pulseras identificativas de los pacientes que ingresan.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda 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

Haremos mención de las fases de identificación con la pulsera identificativa.

1. La colocación será siempre en el momento que el paciente entre en contacto con el sistema sanitario y necesite asistencia médica. Será el auxiliar administrativo quien imprimirá la pulsera con los datos que tenga del paciente.
2. Colocación se efectuará por el personal de enfermería o TCAE que esté en la zona de triaje.
3. Proceso de identificación, una vez colocada la pulsera, todo personal sanitario debe siempre, antes de efectuar cualquier técnica o administrar cualquier medicación o llevarlo a cualquier prueba, verificar que es el paciente adecuado a través de la pulsera.

El TCAE tiene contacto directo con el paciente, con lo cual debe revisar que esté

correctamente visible, en buen estado y que no se extravíe, si así fuera será comunicado inmediatamente para nuevamente colocar otra al paciente.

4. Retirada de la pulsera será una vez que el paciente abandone la institución, nunca antes de disponer del alta médica.

Características de la pulsera:

Personal e intransferible, legible, indeleble, uniforme para todos los centros sanitarios, cómoda, tamaño adecuado, resistente al agua, resistente a ruptura y universal para todos los pacientes.

La pulsera debe contener los siguientes datos:

Nombre, apellidos, fecha de nacimiento, fecha de ingreso, número de tarjeta sanitaria o seguridad social, código de identificación personal (CIP/ASTU), número, historia clínica (NHC) y un código de barras.

Para evitar cualquier error en la identificación debemos seguir unas pautas, todo el personal que atiende al paciente debe saber que es necesario comprobar siempre la identificación del paciente, no nos podemos fiar de los pacientes, puesto que pueden disponer de pérdidas de memoria, Alzheimer, problema de audición; con lo cual es SIEMPRE necesario comprobar la pulsera identificativa.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, en los centros sanitarios tienen un gran flujo de pacientes/ enfermos a diario y todos con patologías diferentes. Esto sumado a que el personal como los TCAE no son fijos en la ubicación de trabajo, varían a diario, esto afecta de forma negativa porque en muchas ocasiones no llegan a conocer a los enfermos que atienden.

De ahí la importancia que tiene la incorporación de las pulseras identificativas como método de identificación en los centros sanitarios, para que podamos ofrecer una seguridad en todo el proceso asistencial y que el paciente se sienta seguro en todo momento.

Si bien es cierto que para poder ofrecer una atención de calidad sería ideal conocer a cada uno de los pacientes y que siempre sean atendidos por el mismo personal, pero actualmente en nuestra sanidad esto es inviable.

6 Bibliografía

1. Reglamento de funcionamiento interno del HUCA, agosto 2015.
2. Estrategia Seguridad del Paciente SESPA 2015-2020.
3. Guías Estándares y Circuitos de Calidad Asistencial, Dominio 4.

4. Conferencia Internacional de Seguridad de Pacientes

Capítulo 73

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIÓN CON LOS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA

MARIA YOLANDA CASTELLANOS RUF

SARA GALDÓN GARCÍA

MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA

MARIA ESTHER FUNCIA LARGO

M^a NURIA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La incontinencia urinaria puede ser causada por un vaciamiento incompleto, el cual consiste en un goteo continuo y es más frecuente en los hombres.

La incontinencia urinaria se define, como una pérdida involuntaria de la orina. Además, puede ser de manera temporal o de forma permanente, este tipo de patología, supone un importante problema médico y social, ya que deteriora de una manera significativa la calidad de vida de quien la padece, también limita su autonomía y reduce la autoestima de las personas que se ven afectadas por este problema de salud.

Es fundamental que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, conozcan las técnicas que son más útiles a la hora de actuar, así como tener una gran

compresión con este tipo de patología, para así mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya sean geriátricos o no.

Los Auxiliares de Enfermería tienen que tener unos buenos conocimientos de la incontinencia urinaria, así como del grado y el color de la orina, y las posibles consecuencias que acarrea en las personas que en gran medida serán los pacientes que la padezcan.

Podemos clasificar la incontinencia urinaria, según la tipología de esta:

- Incontinencia urinaria funcional (IUF).
- Incontinencia urinaria de urgencia (IUU).
- Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).
- Incontinencia urinaria Mixta (IUM).
- Incontinencia urinaria por rebosamiento.
- Incontinencia urinaria total.
- Incontinencia urinaria transitoria.

2 Objetivos

Conocer los cuidados necesarios por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para mantener al paciente con incontinencia urinaria limpio y seco.

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 cuidados que deben realizar los auxiliares de enfermería, se deben basar en unas medidas higiénico-dietéticas y unas técnicas de conducta:

- Uso de dispositivo.
- Reentrenamiento vesical. En el caso de que tenga ganas de orinar, tratará de inhibir el deseo miccional con cualquier maniobra de distracción. Se irá prolongando este periodo inicial en unos 15-30 minutos, con el objetivo final de que la frecuencia miccional diurna esté entre 3-4 horas.

- Administración de los fármacos diuréticos en la mañana si hay posibilidad.
- Modificación de la ingesta de líquidos, aumentar por la mañana y restringir en la tarde noche, distribuir los alimentos en las comidas en función del aporte hídrico y acción diurética.
- Durante el descanso nocturno se recomienda que el paciente orine antes de acostarse y luego dos veces durante la noche.
- Preguntar de manera regular al paciente si está seco, examinar en todo caso, preguntarle si desea utilizar el inodoro y reforzarle de manera positiva para mantenerse seco.
- Ejercicios de suelo pélvico (Kegel), indicados en mujeres y en la incontinencia de urgencia. Consiste en una técnica aprendida de contracciones o relajaciones simultáneas de los músculos perivaginales, periuretrales y perianales para fortalecerlos.
- Incluir dentro de la rutina diaria un programa de vaciamiento de orina, cada dos-cuatro horas, incluyendo la noche.
- Mantener la higiene genito-urinaria.

La incontinencia urinaria está producida por una alteración que puede dar lugar a dos niveles:

- En el esfínter: este afecta a los músculos de la vejiga, causados por la debilidad, hiperactividad o algún otro tipo de obstrucción, ya que no permiten la salida de la orina y hace que se produzca una incontinencia por rebosamiento.
- En el músculo detrusor: cuando esta afecta a la alteración del detrusor, tiene lugar un proceso de hiperactividad con contracciones involuntarias, poder ser de una forma espontánea, por un llenado rápido o por alteraciones posturales. La vejiga se comporta como si estuviera llena, aunque el volumen de orina almacenado sea escaso.

/.

5 Discusión-Conclusión

En el caso de pacientes que usen pañales, tenemos que tener respeto y ser estrictos con la higiene y con los cambios de pañales, también hacer vigilancia de la piel y los posibles cambios de coloración. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería aplicarán una crema de barrera y comunicarán cualquier tipo de afectación a la enfermera que se encarga de los pacientes.

Un Auxiliar de Enfermería debe estar bien formado, ya que esto facilitará el cuidado a las personas dependientes, se debe tener mucho cuidado, empezar por

la comprensión de la incontinencia y no hacer que los pacientes se sientan culpables de ello.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. <https://www.scielo.org/es/>.
3. <https://auxiliarenfermeria.es/incontinencia-urinaria>

Capítulo 74

CONSULTAS EXTERNAS DE UROLOGÍA Y LAS PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA YOLANDA CASTELLANOS RUF

SARA GALDÓN GARCÍA

MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA

MARIA ESTHER FUNCIA LARGO

M^a NURIA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Dentro de la medicina y dentro de los centros hospitalarios ,hay múltiples especialidades, entre las que nos encontramos con urología, esta especialidad conocida fundamentalmente por el diagnóstico y tratamiento de patologías relacionadas con el aparato genital masculino desde los cero años abarca otros campos menos conocidos donde podemos incluir la prevención, el diagnóstico y tratamiento de patologías renales, del aparato urinario y del retroperitoneo.

(tejido que recubre la pared abdominal y que incluye las glándulas suprarrenales, aorta, riñones, recto, parte del estómago y el colón) tanto en el género masculino como del femenino.

Dentro de las patologías más comunes que podemos destacar en el área de urología tenemos:

- Litiasis renal o presencia de cálculos en alguna o varias partes del aparato urinario. Infecciones urinarias.
- Hipertrofia prostática (patología benigna consistente en el aumento excesivo del tejido prostático que puede llegar a provocar problemas de micción).
- Incontinencia urinaria.
- Patologías tumorales: cáncer de riñón, cáncer de vejiga, cáncer de próstata, cáncer de testículos, cáncer de pene.
- Disfunción eréctil.
- Deformaciones de pene.

2 Objetivos

- Dar a conocer las principales pruebas diagnósticas que se utilizan en el servicio de consultas externas de urología con el fin de realizar un diagnóstico de las patologías que presentan los pacientes.

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 enfermería en el ámbito sanitario. Funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en el servicio de consultas externas de urología, urología, patologías más frecuentes en el servicio de urología y pruebas diagnóstica más utilizadas en el servicio de urología.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban: funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el ámbito sanitario. Funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en el servicio de consultas externas de urología, urología, patologías más frecuentes en el servicio de urología y pruebas diagnóstica más utilizadas en el servicio de urología, 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Vamos a explicar lo más utilizado en consultas externas.

Pruebas diagnósticas más utilizadas en el servicio de consultas externas de urología:

- Estudio del antígeno prostático específico (PSA) este se hace con una analítica de sangre que permite ver el nivel de esta proteína segregada por células prostáticas tanto benignas como malignas.
- Urocultivo: cultivo de orina para determinar si existe infección en el tracto urinario con o sin sintomatología del paciente.
- Estudio cristalográfico: estudio de las propiedades de las piedras o cálculos renales que le son extraídos al paciente o que él mismo elimina a través de la micción.
- Biopsia: extracción de células o tejido con posibilidad de malignidad para su análisis.
- Cistoscopia: Examen realizado con un cistoscopio (tubo delgado con luz y lente) de la vejiga y la uretra.
- Ecografía urológica consistente en el estudio por ultrasonidos de diferentes partes del sistema urinario, recibiendo diferentes nombres en función del órgano de observación: o Ecografía vesical: vejiga. Ecografía renal: riñón. Ecografía prostática: próstata.
- Estudio urodinámico: estudio para determinar el funcionamiento de la vejiga.
- Flujómetro: estudio que permite determinar el flujo miccional del paciente.
- Necroscopia: prueba utilizada para el tratamiento de patologías relacionadas con el riñón y con la pelvis renal.
- Uro tac: prueba de imagen que sirve para detectar sangre en la orina, la presencia de cálculos renales o vesicales y/ o cáncer en el tracto urinario
- Doppler de pene: es el nombre que recibe la ecografía de pene y se utiliza para ver el flujo sanguíneo en el pene.
- Seminograma: estudio de la calidad de los espermatozoides que existen en el semen.
- PET TAC prueba realizada en medicina nuclear que se utiliza fundamentalmente para la detección de la presencia de cáncer en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Dada la cantidad de patología que estudia, diagnostica y se tratan en urología, existen una gran cantidad de pruebas asociadas a esta especialidad médica. Los

técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) en el servicio de consultas externas realizamos muy variadas funciones, una de ellas es la petición de pruebas prescritas por el urólogo, esto implica que aunque no seamos considerados personal sanitario tengamos la obligación de conocer el nombre de todas las pruebas que suelen utilizar.

6 Bibliografía

1. Wikipedia <https://revistas-portalesmedicos.com>
<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>
<https://www.auxiliar.enfermeria.com>
2. Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill. <https://www.gonzalosanz.com/cuales-son-los-chequeos-urologicos-que-deben-realizarse-los-hombressegunsu-edad/> <https://urologiayandrologia.com/pruebas-urologia-yandrologia>

Capítulo 75

ANÁLISIS DE LA APARICIÓN DE ADICCIONES A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE)

GUILLERMO ROPERO FUERTES

ANA BELEN ARAQUE ROMERO DE ÁVILA

1 Introducción

El uso de Internet es una pieza clave de comunicación actualmente, utilizándose como herramienta imprescindible dentro de nuestra sociedad, destacando los fines recreativos que, de manera persistente y excesiva, puede derivar en patología adictiva, que comienza a ser las más emergentes y de mayor impacto en nuestro siglo^{1,6}.

La persona que sufre adicción a Internet, se caracteriza por tiempos de conexión muy prolongados a lo largo de cada día, que pueden llevarle a descuidar otras áreas importantes de su vida como el trabajo, las relaciones sociales, tener alimentación adecuada y descansar de manera correcta^{2,4}.

Ciertos antecedentes actúan como factores de riesgo de esta adicción, siendo las personas con dificultades de establecer relaciones sociales las más propensas a sufrir este tipo de patología. La dependencia a Internet o redes sociales se puede observar cuando hay un uso excesivo, pérdida de control, síntomas de abstinencia (ansiedad, depresión, irritabilidad) ante la imposibilidad temporal de poder

acceder a la red. De este modo, aparece un nivel alto de tolerancia sintiendo la necesidad creciente de aumentar el tiempo de conexión que satisfaga su necesidad, comenzando a surgir las repercusiones negativas en la vida cotidiana propia de esta patología. El sujeto muestra un alto nivel de ansiedad y se produce una alteración en la percepción de la realidad similar al síndrome de abstinencia en el consumo de drogas^{1,3,4}.

2 Objetivos

- Describir los signos y síntomas que presenta esta patología y los factores psicosociales implicados en su desarrollo desde el abordaje del TCAE.

3 Metodología

Revisión sistemática bibliográfica, en la cual primero se realizó una búsqueda general sobre obras y estudios llevados a cabo en el contexto español que hubieran estado relacionados con “adicción”; “redes sociales”; “nuevas tecnologías”; 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 bases de datos de ciencias de la salud: CUIDEN, COCHRANE PLUS, DIALNET, SCIELO Y PUBMED. Como palabras clave en los buscadores de las bases de datos utilizamos: “adicción”; “redes sociales”; “nuevas tecnologías”; “videojuegos”; “adolescentes”; “fobia social”. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que fueran artículos y revisiones en español e inglés, publicados entre los años 2012 y 2017 y se complementó la información extraída con fuentes secundarias de revistas sanitarias enfocadas en Psiquiatría y Neurología.

4 Resultados

Podemos describir que en las personas con adicción a las nuevas tecnologías aparece un comportamiento anormal en diferentes entornos como:

- El hogar familiar, no participando en las actividades habituales.
- Existe una resistencia a abandonar este hábito.
- Aparece cierta falta de sinceridad en ellos mismos sobre la cantidad de tiempo que emplean en las redes.
- En el ámbito escolar, se aprecia bajo rendimiento académico.

- En el entorno laboral, utilizan como excusa actividades propias de su trabajo, disminuyendo el rendimiento en el mismo.
- El patrón regular de alimentación y el sueño se ve desequilibrado; se saltan comidas y dejan de dormir lo suficiente por estar “enganchados” a esta actividad.

Tras la recopilación de los diferentes estudios hallados^{2,3,4,5,6}, encontramos que en las personas con adicción a las nuevas tecnologías aparece una alteración en las diferentes esferas:

- Esfera fisiológica: Aparecen manifestaciones tales como el sedentarismo, cansancio, sueño, desnutrición, cefaleas, fatiga ocular, problemas musculares, agotamiento mental, epilepsias, convulsiones, retraso en el desarrollo y alteraciones del sistema inmune^{2,3,5}.
- Esfera psicológica: Podemos observar una euforia excesiva lo cual conlleva a la alteración del sistema inmunitario debido al alto nivel del estrés al que se ve sometido. Este tipo de adicción puede considerarse una adicción específicamente psicológica, con características comunes a otro tipo de adicciones (pérdida de control, aparición de síndrome de abstinencia, fuerte dependencia psicológica, alteraciones en la vida cotidiana pérdida de interés en otras actividades habituales)^{2,3,4}.
- Esfera social: Existen factores específicos en la personalidad que pudieran influir en las adicciones, hallándose un factor muy importante que es la conducta antisocial del individuo y que parece previa a la adicción. Otro factor de riesgo es la búsqueda de sensaciones que no se pudieran obtener en las relaciones de la vida diaria. La adicción a las tecnologías pueden aparecer en personas que muestran una insatisfacción personal con su vida o que carecen de la percepción de afecto y que intentan llenar esa carencia con un mundo no real. La ausencia de unión familiar o las pocas de relaciones sociales pueden incitar a una persona a compensar en el mundo virtual las carencias que presenta en su vida. En estos casos Internet o las redes sociales actúan supliendo estas necesidades^{3,4,6}.

5 Discusión-Conclusión

Existen hábitos de conducta que en principio parecen inofensivos, pero que pueden convertirse en adictivos e interferir de manera muy grave en la vida de las personas afectadas. Cualquier conducta puede llegar a ser adictiva, pero en el caso de las nuevas tecnologías, es su uso el que actúa como elemento reforzador de dicha adicción.

A día de hoy, los jóvenes, adolescentes y adultos se encuentran expuestos a esta

nueva adicción, ya que basta tener acceso a Internet para fomentar su aparición. No obstante, el uso de Internet no es percibido en la sociedad como algo que pueda tener consecuencias tan graves ni dañinas.

Es preciso establecer la proporción ya no solo de jóvenes, sino de la población en general, que presenta problemas de adicción a estas nuevas tecnologías. Es de vital importancia realizar un diagnóstico preciso, y no solo de la prevalencia, sino también de los factores de riesgo o asociados, para poder actuar frente a este trastorno. Es fundamental trabajar en la promoción de políticas, los comportamientos y las actitudes saludables, así como, en la prevención en los grupos más vulnerables.

6 Bibliografía

1. Zuleta Salazar, C. F. (2017). Uso de las tecnologías de la información y la comunicación en adolescentes.
2. Madrigal, A. B., & Contreras, F. C. (2016). Influencias de las nuevas tecnologías en el desarrollo del adolescente y posibles desajustes,. *Revista Cúpula*,30(2), 11-25.
3. Arab, L. E., & Díaz, G. A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 7–13. <http://doi.org/10.1016/j.rmcl.2014.12.001>
4. Berner G, J. E., & Santander T, J. (2012). Abuso y dependencia de internet: la epidemia y su controversia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(3), 181–190. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272012000300008>
5. Carbonell, X., & Oberst, U. (2015). Las redes sociales en línea no son adictivas. *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de L'educació I de L'esport Blanquerna*, 33(2), 13–19. Retrieved from <http://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/view/301478>
6. Del Castillo, J. a G. (2013). Adicciones tecnológicas: el auge de las redes sociales technological addictions: The rise of social networks. *Salud Y Drogas*, 13(1), 5–14

Capítulo 76

LA DISFAGIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

CARMEN ERNESTINA NOVALBOS MUELA

MARIA ISABEL FERNANDEZ MAYORAL

MARIA MONTARROSO TORRES

ANA BELEN PATÓN GÓMEZ

PILAR BERMAL MORA

1 Introducción

La disfagia es la dificultad que tiene una persona para tragar alimentos. Hay varios tipos de disfagia y cada uno de estos viene determinado por la dificultad que presenta el enfermo al tragar las diferentes texturas de alimentos sólidos, líquidos, o ambos. Este problema nutricional provoca pérdida de peso y masa muscular, pérdida de fuerza, también de ánimo, en algunos casos se puede producir una neumonía por aspiración.

Es importante hacer una valoración del paciente identificar los signos y los síntomas y pautar un tratamiento. La disfagia puede ser ocasionada en cualquier momento de la vida, pero es más frecuente es en la edad anciana pasados los 75 años de edad. Los signos y síntomas más frecuentes son: dolor al tragar, imposibilidad para tragar, sensación de que los alimentos se atascan en la garganta o en

el pecho o detrás del esternón, babeo, voz ronca, regurgitación, acidez estomacal, adelgazamiento repentino, tos o arcadas al tragar.

Existen diversas afecciones que pueden interferir en el proceso de tragar y a veces no es posible determinar la causa de la disfagia. Así mismo existen diferentes factores de riesgo, pero las dos principales son: el envejecimiento, debido al envejecimiento natural y al desgaste natural del esófago y padecer ciertas enfermedades neurológicas o del aparato nervioso son más frecuentes a tener dificultades para deglutir.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Conocer cómo debe de actuar el TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA antes la alimentación de un paciente con disfagia.

Objetivo secundario:

Exponer cómo debe de ser la alimentación de un paciente con disfagia.

3 Metodología

Para la elaboración y descripción del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda metódica y selectiva de libros y también se han examinado artículos y estudio de casos en las principales bases de datos recopilando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas recientemente.

Se excluyeron artículos publicados antes del año 2000. En dicha revisión, se incluyeron artículos que contenían en el título al menos dos de las palabras clave.

Palabras clave: disfagia, personas mayores, técnico en cuidados auxiliares de enfermería entre otros.

4 Resultados

Se expone el caso clínico de una persona, paciente de 90 años que presenta disfagia por envejecimiento, que es valorada por el equipo médico. Se le recomienda

una alimentación adaptando los alimentos para su fácil deglución, en este caso se le pauta la textura túrmix. Respecto al agua se recomienda que utilicemos espesantes o gelatinas, ya que nuestro paciente tiene dificultad para tragar tanto líquidos como sólidos.

La textura túrmix es recomendada a los pacientes con la disfagia oral o faríngea de más gravedad. Se fundamenta en cremas y purés, pues solo admite la comida triturada, debe de incluir todos los nutrientes necesarios para la obtención de una dieta equilibrada.

Una vez que llega la comida al paciente, el TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA deberá de seguir el siguiente protocolo de actuación para facilitar su alimentación:

- 1.- Deberemos revisar la textura, que el alimento sea homogéneo y evitar los grumos.
- 2.-Comprobar que no existen dobles texturas con mezclas de líquido y sólido.
- 3.- Para la hidratación como hemos indicado anteriormente tienen que ser en gelatinas o utilizando espesantes en forma de textura pudding que solamente puede tomar con cuchara.
- 4.-Motivaremos al paciente a la hora de comer, debe de estar despierto y tranquilo, no le daremos la comida o la bebida si está adormecida o nerviosa.
- 5.- El ambiente tiene que ser tranquilo y sin distracciones.
- 6.- Sentaremos bien al paciente, con la espalda recta y con la cabeza ligeramente inclinada hacia el pecho.
- 7.- Intentaremos que el paciente no hable mientras come.
- 8.-Usaremos cubiertos para comer. El contacto de cucharilla sobre la lengua estimula el acto de deglutir. No utilizar jeringuillas o pajitas, puesto que es más fácil atragantarse con ellas.
- 9.-Que coma a cucharaditas pequeñas y asegurarse de que el paciente ha tragado la comida antes de comer la próxima cucharada.
- 10.- Parar de comer cuando el paciente tose o regurgite.
- 11.-Mantener al paciente sentado durante una hora para facilitar la digestión.

12.- Evitar que queden restos de comida en la boca.

13.- Por último, asegurarse de que el paciente tiene una buena higiene bucal para evitar infecciones.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia es una enfermedad que afecta a un número elevado de personas, aunque muchas de ellas no están diagnosticadas. Es importante seguir las indicaciones médicas y así conseguir que la comida sea un momento agradable para que el paciente no pierda las ganas de comer.

La disfagia puede provocar graves problemas de salud sobre todo en las personas mayores por lo que es importante estar alerta e identificar los síntomas. Aunque las dificultades para deglutir no se pueden prevenir, pero se puede reducir el riesgo de padecer dificultades para deglutir es importante comer lentamente y masticar bien los alimentos. Son fundamentales la detección temprana y el tratamiento eficaz pueden reducir el riesgo de padecer algún tipo de disfagia.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-revision-disfagia-orofaringea-adultos-mayores-S021253821730016X>
2. Irles-Rocamora JA, García-Luna PP. El menú de textura modificada; valor nutricional, digestibilidad y aportación dentro del menú de hospitales y residencias de mayores. Nutr Hosp. 2014
3. Jürschik-Giménez P, Botigué-Satorra T, Nuín-Orrio C, Lavedán-Santamaría A. Influencia de la textura de la dieta sobre el estado nutricional en adultos mayores. Gerokomos. 2009
4. WWW.IMNSERSO.ES / Guía de nutrición de personas con disfagia
5. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 77

LA APLICACIÓN DEL COLIRIO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

CARMEN ERNESTINA NOVALBOS MUELA

MARIA ISABEL FERNANDEZ MAYORAL

MARIA MONTARROSO TORRES

ANA BELEN PATÓN GÓMEZ

PILAR BERMAL MORA

1 Introducción

Los colirios son utilizados en el campo oftalmológico para tratar patologías oculares. Su formato farmacéutico (suspensiones o disoluciones estériles) actúa como vehículo acuoso u oleoso para instilar en el órgano de la visión. Su esterilidad aporta protección al ojo ante infecciones sobrevenidas (aspergillus, adenovirus).

Son antibacterianos e irrigatorios. Están compuestos por el líquido base, principio activo, antimicrobianos, regulador de tonicidad, regulador de PH, antioxidantes y humectantes. Se indican en conjuntivitis, glaucoma, xerosis, uveítis etc., tras revisiones específicas como tensión ocular, extracción de cuerpo extraño u otras lesiones de córnea. Dependiendo de la patología serán antibióticos o antiinflamatorios, lágrima artificial o humectantes.

Cuando se pauta lágrima artificial la patología es ojo seco, y llamado colirio es el tipo de formulación del propio medicamento por su formato de dispensación. Los factores ambientales influyen notablemente en muchas de las patologías oculares por las que muchos pacientes acuden a consulta oftalmológica (viento, humo).

La finalidad de un colirio es lubricar el ojo para paliar la sequedad ocular, y si hay una patología infecciosa se utilizarán otra clase de colirios específicos para tal patología. Los colirios son de uso personal e intransferible para evitar propagación de infección entre individuos, y según el laboratorio existen muchas marcas comerciales entre las que escoger lo que más conviene a cada paciente. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben conocer la forma de administración, mantenimiento y utilización de los colirios.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la posología y correcto uso de los colirios en el ámbito sanitario por parte del TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

Objetivo secundario:

Conocer los pasos previos a la hora de administrar un colirio, cuidados al usarlo y posteriormente de su instilación.

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.

Palabras claves: técnico en cuidados auxiliares de enfermería, colirios, vía oftálmica entre otros.

4 Resultados

En nuestro centro de trabajo se instilan cada día varios tipos de colirios a nuestros residentes, algunos para ojo seco y otros para tratar infecciones bacterianas. Se analiza la pauta de intervención de la unidad del centro sobre 10 pacientes con distinta patología ocular (ojo seco, postoperatorio, infecciones etc).

Se incide en la comprobación de la fecha de caducidad de los formatos y del nombre del paciente al que se le va a aplicar el medicamento y hasta cuando tiene vigencia el tratamiento, para así desechar los restos de colirios que han sido utilizados y son fungibles por prevención de propagación de infecciones y confusiones con el resto de colirios vigentes de tratamiento.

Aquel colirio que lleva abierto un mes o más es desechado y nunca se comparten. Antes de proceder a su aplicación realizamos un lavado de manos higiénico para mantener así la esterilidad tanto del envase como del líquido interior del mismo. Evitamos en la medida de lo posible que la boca del colirio entre en contacto con los ojos. Recomendamos al paciente echar un poco la cabeza hacia atrás y bajando el párpado le instilamos las gotas que el facultativo haya pautado.

Tras su instilación el paciente debe de cerrar el ojo para su correcta distribución por todo el campo ocular. Si el facultativo pauta varios colirios a la vez esperamos veinte minutos entre una aplicación y otra. Tras tres meses de posología y seguimiento se ha comprobado mejoría al 100% sobre un 50% de los pacientes sometidos a estudio.

En 2 de los diez pacientes se han producido episodios de escozor y visión borrosa, y los otros 3 han tenido reacción de lagrimeo por intolerancia los colirios teniendo que cambiar a otro medicamento tolerable por el organismo de dichos pacientes. Globalmente los resultados han sido satisfactorios y la recuperación y rehidratación del campo ocular óptima.

El 70% de la población de España sufre de patologías relacionadas con la vista y se les pauta colirios de diversa índole para tratar sus patologías y como medida de prevención tras intervenciones quirúrgicas oftalmológicas.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, utilizar los colirios de forma correcta al igual que cualquier otro medicamento adelanta el proceso de cura del campo ocular y pre-

viene infecciones asociadas a un mal uso de los mismos. Desde el campo sanitario se debe de hacer promoción de la salud en general, pero si bien es cierto que la era digital que nos facilita la vida diaria perjudica seriamente a nuestra salud ocular, provocando una presbicia adelantada en el tiempo y otras patologías de más complejidad.

De tal forma que el papel de los sanitarios es primordial en cuanto a la prevención y el cuidado personal de cada individuo a través de campañas publicitarias que hagan llegar a la población el uso debido de la tecnología, de cuidar el medio ambiente y no exponerse a agentes tóxicos perjudiciales para nuestra salud y de impacto directo sobre el órgano de la vista.

6 Bibliografía

1. Botella M, Hernández OM, López ML, Rodríguez A. Administración de medicación por vía tópica ocular. Cuidados auxiliares de enfermería. Cuadernillo de técnicas básicas de enfermería. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias, Consejería de Educación, Cultura y Deportes; 2002
2. Administración de medicamentos por vía oftálmica. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. 2010.
3. 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 78

ACTITUD ANTE LA MUERTE DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

CARMEN ERNESTINA NOVALBOS MUELA

MARIA ISABEL FERNANDEZ MAYORAL

MARIA MONTARROSO TORRES

ANA BELEN PATÓN GÓMEZ

PILAR BERMAL MORA

1 Introducción

La muerte es un fenómeno inevitable en el ámbito de la salud. Funciona como un estímulo muy poderoso que puede dar lugar a altos niveles de ansiedad y estrés, afectando en gran manera a las actitudes, conductas y comportamientos de los profesionales de la salud.

También incide tanto en la propia calidad de vida del sanitario, como en la calidad de la asistencia que el profesional aporta a los pacientes. Por lo anterior, es fundamental dar formación educativa al personal sanitario que se enfrenta, diariamente y de manera continuada, a situaciones de fallecimiento.

Este es el caso del personal de enfermería y técnico en cuidados auxiliares de enfermería que desarrollan sus funciones en unidades de hospitalización. Así,

una gran parte de la literatura científica de la última década se ha centrado en desarrollar guías y programas formativos dirigidos al personal sanitario, de cara a que puedan aplicar herramientas prácticas en su día a día, con el fin de manejar adecuadamente la ansiedad derivada de la muerte del paciente.

Los estudios de los últimos años encuentran, en este sentido, mejoras significativas en las habilidades de afrontamiento y de gestión de las emociones negativas en el personal sanitario. Asimismo, parece hallarse una reducción en la manifestación de la ansiedad en relación la muerte del paciente. Sin embargo, como problemas a mencionar, se encuentra que la duración de los programas educativos es corta (no abarcan más de 4 o 5 semanas) y se limitan a exponer los conceptos de manera teórica, sin abordar una parte práctica y aplicada de las habilidades de afrontamiento.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar las características de los programas educativos y formativos dirigidos a reducir la ansiedad ante la muerte en personal sanitario, en concreto en el técnico en cuidados auxiliares de enfermería

Objetivo secundario:

Identificar las principales habilidades emocionales que se trabajan en dichos programas, así como corroborar su eficacia.

3 Metodología

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 2000-2020 y combinando los siguientes descriptores: ansiedad, muerte, TCAE, formación, afrontamiento, sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 20 documentos, de los que se eliminaron 7 salidas de la web.

En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 13 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 3 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otros 2 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con

el objeto de estudio de este trabajo.

Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 8.

4 Resultados

Tras analizar diversos documentos científicos que estudian las habilidades de afrontamiento en muestras de auxiliares de enfermería, y cómo los programas educativos pueden mejorar dichas estrategias, se encuentra que no hay diferencias significativas en variables como: la experiencia profesional, la edad o el sexo.

Sin embargo, si se encuentran diferencias significativas entre aquellos profesionales que previamente han realizado cursos formativos similares y los que no los han realizado, encontrando que la ansiedad ante la muerte se reduce en mayor medida en los primeros.

Como principales habilidades de manejo de la ansiedad trabajadas en los cursos formativos, se encuentran aquellas relacionadas, especialmente, con la inteligencia emocional, con la expresión de los sentimientos positivos y negativos, así como la comprensión de los sentimientos surgidos con respecto a la muerte y el cuidado de enfermos terminales.

A través de esta enseñanza se facilita la aplicación de estrategias de gestión emocional. Asimismo, y de manera añadida, se trabaja a través de un corte cognitivo-conductual mediante estrategias tales como la parada del pensamiento y la reestructuración cognitiva, que permiten generalizar los conocimientos adquiridos en el curso a la práctica diaria.

Finalmente, se detecta que, con este enfoque, se produce una comprensión profunda del proceso terminal y de la muerte. Esta comprensión es esencial, ya que funciona como un aspecto central a la hora de afrontar el proceso de fallecimiento y de manejar correctamente la ansiedad. De este modo, se ha comprobado que, si ayudamos al auxiliar de enfermería a asumir las propias emociones, y a entender que es capaz de controlar la emoción disruptiva, se reduce la vulnerabilidad derivada de los estímulos relacionados con la muerte.

Por otro lado, ayudar en la aceptación de la muerte, de su significado y de las propias emociones negativas, reduce la carga mental y psicológica y permite al profesional afrontar, de una manera más adecuada, el proceso de muerte y duelo.

En general, se puede decir que los procesos formativos en educación emocional, especialmente aquellos que se realizan de manera práctica, consiguen aumentar el nivel de comprensión de las emociones relacionadas con el proceso de muerte, reduciendo la ansiedad y generando mecanismos de afrontamiento eficaces que se pueden aplicar en el día a día.

5 Discusión-Conclusión

Los artículos analizados permiten concluir que la educación a nivel emocional es esencial para afrontar de manera adecuada la ansiedad derivada de la muerte del paciente, si bien esta debe llevarse a cabo de manera práctica y experiencial y no de forma puramente teórica.

Así mismo, esta debe estar basada no solo en la comprensión del propio proceso de la muerte, sino también en desarrollar la aceptación de la misma.

Complementar este tipo de cursos con otras estrategias, como pueden ser la relajación muscular o la meditación a través del Mindfulness, también se ha demostrado eficaz. Una formación continuada y periódica, que tenga en cuenta las funciones propias del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es el eje principal del que derivan unas adecuadas estrategias de afrontamiento.

El objetivo final no es eliminar las emociones negativas derivadas de la muerte del paciente, sino aprender a manejarlas de la mejor manera, a través de la aceptación, comprensión y gestión.

6 Bibliografía

1. Abalo, J. G., Abreu, M. D. C. L., Pérez, C. M., Roger, M. C., Méndez, M. C. R., Pedreira, O. I., ... & Arisso, D. M. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento psicológico*.
2. Aradilla-Herrero, A., & Tomás-Sábado, J. (2006). Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería clínica*, 16(6), 321-326.
- de la Rubia, J. M., & Miaja, M. (2011). Afrontamiento y variables sociodemográficas como factores de riesgo y protección de ansiedad ante la muerte. *Boletín de psicología*, (103), 29-44.

3. Etxeburu, I. S., & Mier, O. (2006). Estudio descriptivo de la ansiedad ante la muerte y factores estresantes en los distintos profesionales de una unidad de cuidados paliativos. *Medicina paliativa*.
4. Huertas, L. A., Pérez, S. R. A., & Avilés, E. V. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*.
5. Sábado, J. T., & Llistuella, E. G. (2001). Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica*.
6. Sevilla-Casado, M., & Ferré-Grau, C. (2013). Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: datos y significados. *Gerokomos*.
7. 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 79

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA MEDICINA TRANSFUSIONAL

SARA ROMERO DÍAZ-MAROTO

BERNARDA JIMÉNEZ MAESO

LAURA REDONDO SANCHEZ

1 Introducción

Es la parte del medicamento que tiene la intención de recuperar o mantener la salud de los pacientes a través del uso terapéutico de componentes sanguíneos de acuerdo con las necesidades de cada paciente.

Es la organización administrativa y científica que tiene como técnica médica o de bienestar la transfusión de sangre total o sus hemocomponentes de sangre de un banco de sangre del proveedor.

La medicina transfusional será indicada si el recuento de plaquetas del paciente es inferior a $10^9/114$ o cuando otros factores de peligro hemorrágico, como las infecciones graves y los tratamientos anticoagulantes estén relacionados con el descenso de plaquetas.

La transfusión de sangre generalmente se realiza en hospitales, clínicas de atención para pacientes ambulatorios o clínicas.

La lesión pulmonar aguda transfusional es la más grave de las complicaciones al realizar la transfusión. La reacción alérgica es la más común seguida de la febril. Numerosos virus pueden ser transmitidos a través de transfusiones como: Hepatitis B, C y virus de inmunodeficiencia adquirida.

Existen diferentes motivos por los cuales podríamos necesitar una transfusión de sangre.

Hoy los motivos más frecuentes son después de una artroplastía de rodilla o de cadera que conlleve una pérdida de sangre, después de una pérdida abundante de sangre debido a una lesión o cuando nuestro cuerpo no puede producir suficiente sangre.

Las transfusiones de sangre es un procedimiento común y seguro donde la persona que recibe la sangre es a través de una vía intravenosa (IV) colocada en uno de los vasos sanguíneos.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del TCAE en la medicina transfusional.

3 Caso clínico

Varón 56 años llega al servicio de urgencias hospitalarias tras sufrir un accidente de tráfico. Los profesionales le atienden y lo pasan a quirófano tras observar una pérdida abundante de sangre en la pierna derecha que viene amputada por el quitamiedos de la autovía.

Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en quirófano

El técnico de atención desempeña un papel fundamental en la sala de operaciones, siempre trabajando con una enfermera y médicos.

Él, a su vez, debe realizar limpieza, reemplazo y colocación de materiales y herramientas quirúrgicas. el TCAE se va a convertir en una pieza clave para el paciente, ya que el técnico le ayudará a que sea lo más independientemente posible hasta que la situación se normalice ayudando a todo lo que el enfermo no pueda realizar.

Trabjará en coordinación con los enfermeros ayudándolos en lo que precisen y realizando actividades de limpieza y desinfección así como la colocación es reposición del material del quirófano.

1. Prepararemos el quirófano para la intervención. Tanto materiales como mobiliario e igualmente se volverá a hacer lo mismo después de la intervención para la siguiente.

Se coloca el equipo textil, material para el lavado quirúrgico y cajas con el instrumental necesario que se le haya indicado previamente.

Se deben preparar y asegurarse de su correcta funcionalidad de los aparatos de aspiración, sobre todo en este caso, ya que es una intervención de urgencia ya que los pacientes no cumplen con el protocolo de ayuno.

2. Recepción del paciente: Se acoge al paciente, procediendo principalmente a su identificación mediante la pulsera que lleva en la mano y preguntándole de manera directa. en este caso eso no será posible. Pasamos a quitarle joyas o accesorios que pueda llevar para que no interfiera en la operación.

3. Colocación del paciente en la posición óptima el TCAE colabora con los celadores poniendo las protecciones necesarias.

4. En la operación el TCAE proveerá a los profesionales el material necesario y desechará el material de un solo uso. Ayudará a los profesionales con la bata y se le colocará al paciente si es solicitado una manta de calor. Es muy importante no tocar nunca el campo estéril.

5. por último el TCAE debe recoger, limpiar y desinfectar el quirófano y el material y aparataje empleado.

En este caso el paciente tras la gran pérdida de sangre ha necesitado transfusión de sangre de la cual el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería ha corroborado que sea el mismo grupo sanguíneo y que este a temperatura óptima para el paciente.

4 Discusión-Conclusión

El técnico de atención desempeña un papel fundamental en la sala de operaciones, siempre trabajando con una enfermera y médicos.

Él, a su vez, debe realizar limpieza, reemplazo y colocación de materiales y herramientas quirúrgicas.

El TCAE acompañará al paciente hasta el final de su recuperación.

El TCAE debe conocer todas las fases del proceso quirúrgico son las siguientes:

- Preoperatorio: antes de la intervención el TCAE junto con el servicio de enfermería se encarga de instruir al paciente dándole la información necesaria para prepararlo psicológicamente para la intervención.
- Intraoperatorio: Todo el proceso de la intervención. El TCAE apoyará al paciente intentando transmitirle la calma y tranquilidad que necesita.
- Postoperatorio: Después de la intervención, recuperación postanestésica aquí se controlan las funciones vitales y posibles complicaciones. el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel fundamental.

5 Bibliografía

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000400019#:text=La%20lesi%C3%B3n%20pulmonar%20aguda%20transfusional,y%20virus%20de%20inmunodeficiencia%20adquirida.

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-quiropano/>

<https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/blood-transfusion/about/pac-20385168>

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/transfusion-de-sangre>

Capítulo 80

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE LA HIGIENE DEL CORDÓN UMBILICAL DEL RECIÉN NACIDO

IVAN CAMACHO BURGOS

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

ANA BELÉN SERRANO GARCÍA

1 Introducción

La higiene personal es una actividad diaria obligada y saludable tanto para adultos y personas mayores, como para niños.

El aseo corporal del niño pediátrico es una actuación obligada en los planes de cuidado de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante el desarrollo de sus funciones en las plantas de hospitalización de pediatría.

Esta actividad deberá ser realizada diariamente, en el turno de mañana y generalmente en el mismo horario, si la actividad asistencial y las condiciones de los niños así lo permiten.

El baño del paciente pediátrico, tanto de los niños como de los recién nacidos, deberá tener una duración de entre 5 y 7 minutos, para ello, se preparará el agua en torno a los 35-37°C, manteniendo una temperatura ambiental de 24 a 26°C.

El material utilizado para el aseo del paciente pediátrico deberá ser personal para cada niño.

La ropa infantil de la institución hospitalaria deberá reunir una serie de condiciones y características:

- Debe ser ropa que sea fácil de colocar y retirar.
- No debe llevar botones o sujeciones complicadas para los niños.
- Debe permitir la movilidad fácil del paciente pediátrico, por lo que será ropa holgada y cómoda.
- El material utilizado será material natural, para evitar reacciones alérgicas del niño.

2 Objetivos

Conocer la actuación general del TCAE durante el aseo del paciente pediátrico.

- Conocer los diferentes procedimientos de la higiene del cordón umbilical, dependiendo si el cordón se ha desprendido o si aún no se ha desprendido.

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 actuación de técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la higiene del cordón umbilical se dividirá en dos fases: por un lado, los cuidados previos a la caída del cordón umbilical, y por otro lado, los cuidados posteriores a la caída del cordón umbilical.

PROCEDIMIENTO DE HIGIENE DEL CORDÓN UMBILICAL ANTES DE DESPRENDERSE

La caída del cordón umbilical suele producirse a la semana del nacimiento del bebé.

- No sumergir en una bañera llena de agua, para evitar posibles infecciones del cordón umbilical.

- Mantener el cordón seco y limpio en todo momento, realizando la cura después del baño e inmediatamente antes de cambiar el pañal sucio o majado.
- El cordón umbilical debe tratarse como una herida, por lo que las curas se realicen del mismo modo que una herida. Desinfectar el cordón con un antiséptico, pudiendo ser alcohol al 70% o clorhexidina y tapar con gasas estériles una vez limpio.
- No limpiar la herida con povidona yodada, para evitar futuras complicaciones.
- Números estudios recomiendan la higiene del cordón umbilical únicamente con agua y jabón neutro.

PROCEDIMIENTO DE HIGIENE DEL CORDÓN UMBILICAL DESPUÉS DE DESPRENDERSE

Una vez el cordón se ha desprendido podrá realizarse un baño completo del bebé.

- Realizar el baño diario del recién nacido durante 5- 10 minutos.
- La temperatura del agua deberá rondar entre los 37°C.
- Utilizar abundante agua, jabón neutro y asear con una esponja suave y natural.
- Durante el aseo del bebé, observar si tiene marcas, heridas o lesiones en la piel, procedentes de alergias, erecciones, roces, arañazos...
- Si es necesario, cortar las uñas con tijeras de punta redonda.
- Limpiar la nariz y oídos con suero fisiológico y gasas.
- Una vez aseado, colocar al niño sobre la cuna en decúbito supino con la cabeza ladeada hacia uno de los lados.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la higiene del cordón umbilical del recién nacido” nos muestran los pasos a seguir durante la higiene del cordón umbilical del bebé. Cabe destacar que no se realiza la misma higiene del cordón umbilical si se ha desprendido, a la higiene del cordón que no se ha desprendido, ya que se deberá realizar un aseo más superficial para evitar infecciones del cordón.

Es importante destacar, que la higiene del cordón umbilical al igual que la higiene en general, recae en los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, sin embargo, durante el aseo diario del recién nacido el TCAE será acompañada de la madre o padre del niño para ser instruido en el aseo.

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. Edición2021

Capítulo 81

EL ABUSO DEL ALCOHOL Y COMO AFECTA EN LOS ADOLESCENTES

MARÍA CHOCANO SÁNCHEZ CRESPO

1 Introducción

Como bien sabemos, en la adolescencia es muy común el abuso de alcohol y otras sustancias.

El abuso de alcohol es un problema mundialmente conocido, ya que destruye la vida familiar, económica y social de muchas personas.

Es considerado una droga con la que empiezan a experimentar los jóvenes desde edades muy tempranas, creando un estilo de vida del cual no se conoce adecuadamente la repercusión a corto y a largo plazo, lo que sí sabemos es que puede ocasionar graves daños sobre la salud.

El alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central que actúa en el organismo enlenteciendo las funciones cerebrales, afectando a la capacidad de autocontrol, no pudiéndose confundir con un estimulante. El principal componente de dicha bebida es etanol (alcohol etílico), variando su concentración según el proceso que se haya usado para su elaboración.

En el mercado existen diferentes tipos de bebidas alcohólicas, pudiéndose distinguir entre las fermentadas como son el vino, la sidra o la cerveza y las destiladas, obtenidas como resultado de la destilación de las bebidas ya fermentadas con una mayor concentración de alcohol como son el whisky, ron, vodka, etc. Las bebidas alcohólicas vienen graduadas, dicha graduación nos indica el volumen de alcohol etílico que contienen.

2 Objetivos

- Conocer el abuso del consumo de alcohol en adolescentes y cómo afecta en el organismo de las personas que lo consumen.

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

Nuestros resultados se basan en un estudio realizado a 600 adolescentes con la misma distribución de edad y género.

Del total de adolescentes entrevistados el 15,55% reconocían que abusaban del alcohol. Los resultados nos permiten visualizar los numerosos factores de riesgo que se relacionan con el abuso de alcohol, muy útil como base a la hora de utilizar actividades preventivas.

El abuso y la dependencia del alcohol son de los trastornos derivados por uso de sustancias más comunes entre adolescentes.

El alcohol es absorbido por el organismo, pasando por el aparato digestivo y por la circulación sanguínea en la que puede permanecer hasta 18 horas hasta que es expulsado. Minutos después de ser consumido, pueden empezar a aparecer una serie de efectos, manifestados según las características de la persona que lo consume, produciendo efectos como son la euforia, relajación, aumento de la sociabilidad, dificultad para hablar, descoordinación motora, intoxicación aguda, entre otros muchos.

En un tercio de la población adolescente es muy común que se produzcan atracones de bebida y el 6% de este grupo de edad tiene algún trastorno relacionado con el consumo de alcohol.

Muchos adolescentes que sufren algún tipo de trastorno por el consumo reiterado de alcohol también suelen tener problemas con otro tipo de sustancias y trastornos mentales asociados.

Hay una gran variedad de factores que influyen en los efectos del alcohol, su efecto va asociado en función a la cantidad que se consume, pero existen otras variables que pueden agravar o acelerar sus efectos como son la mezcla con otras sustancias, la edad, el peso y el sexo, si se come a la vez que se bebe, la combinación con otras bebidas y la cantidad y la rapidez de la ingesta.

En la actualidad hay diversas medidas disponibles para la detección y el diagnóstico de este tipo de trastornos y sus problemas asociados.

5 Discusión-Conclusión

Se debería promover la abstinencia del alcohol entre la juventud de una manera más activa con intervenciones psicosociales en grupos de edad con riesgo a caer en este tipo de práctica.

En la actualidad existen diversas campañas de concienciación sobre el abuso del alcohol y las drogas, mediante charlas en centros escolares e institutos de educación primaria y secundaria, en las que se intenta explicar a los jóvenes los riesgos que conlleva el abuso de dichas sustancias, pero se debería fomentar este tipo de actuaciones en mayor medida, ya que no son suficientes.

La familia también juega un papel fundamental para la población, ya que se ha de educar y explicar a los jóvenes desde el entorno familiar, los peligros por un consumo prolongado del alcohol en el organismo y la dependencia que este puede crear.

6 Bibliografía

1. Licanin I, Redzic A, Ibrahimagic E. Alcoholism during adolescence. *Med Arh.* 2006;60(4):225-229.
2. Clark DB, Bukstein O, Cornelius J. Alcohol use disorders in adolescents: epidemiology, diagnosis, psychosocial interventions, and pharmacological treatment. *Paediatr Drugs.* 2002;4(8):493-502

Capítulo 82

PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

ANDREA ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) suele considerarse como una enfermedad mental grave y bastante compleja, esta enfermedad es reflejada en la comida y en la importancia que le damos a nuestro aspecto físico suele ser mucho mas común en mujeres que en hombres, los pacientes que la padecen suelen estar muy preocupados por su imagen física una preocupación excesiva por el no querer engordar aunque su peso sea un peso normal, incluso cuando su peso llega a estar por debajo de lo normal.

Algunos signos que nos pueden llegar a alertar de que una persona padece un trastorno de la conducta alimentaria puede ser, el sentimiento de culpa que siente después de las comidas, mucho interés en las recetas a cocinar, comportamientos extraños a la hora de realizar las ingestas, etc.

Este trastorno se puede padecer a cualquier edad , pero es muy común padecerlo en la etapa de la adolescencia, ya que en esta etapa se experimentan muchos cambios físicos siendo por eso muy importante que el equipo de enfermería de atención primaria mediante charlas se enfoquen en este tema intentando fomentar la prevención en los adolescentes y evitar así el desarrollo de esta o un aumento de trastornos alimentarios.

2 Objetivos

El objetivo principal es realizar un plan informativo sobre el tema para poder detectar que puede llegar a desencadenar este trastorno y poder detectarlo de manera temprana y un plan especializado para la prevención de esta enfermedad.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realizan varias revisiones bibliográficas del tema a tratar mas actuales en las siguientes bases de datos: Wikipedia, Pubmed, Google académico, etc. con descriptores como: Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia, Bulimia, Adolescencia, Factores Socioculturales.

4 Resultados

Como resultado se ha notado un gran aumento de en personas con trastorno en la conducta alimentaria, cada vez a mas temprana edad , en la etapa adolescente, ya que experimentan muchos cambios físicos y ahí aparecen las inseguridades, muchos estudios descubrieron que primeros signos de esta enfermedad puede verse ahí reflejada, ya que se ven con un aspecto físico distorsionado.

Es muy importante detectarlo de manera temprana, ante cualquier sospecha es importante descartar cualquier otro problema patológico que aparezca asociado a esta como puede ser una enfermedad celíaca, una enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Addison entre otras muchas , y después se realizara un tratamiento dependiendo de su gravedad, suele ser tratamientos largos, pero la recuperación total es posible si se es constante.

Los tratamientos para personas con trastornos de la conducta son eficaces por ello es muy importante detectarlo cuanto antes para pedir ayuda así lograremos tener un tratamiento mas rápido y por tanto un mejor pronostico para estos pacientes y conseguir una vida saludable.

Los síntomas y alertas que podemos observar a la hora de identificar a una persona con trastornos de la conducta alimentaria fueron , perdida en el peso, retraso de la menstruación, tensiones muy bajas, problemas dentales debido a la acidez del vómito , como alerta para ello se observó el aislamiento, cambios de hábitos a la hora de las comidas, aumento excesivo de ejercicio, etc.

Buenos resultados se obtienen gracias al equipo sanitario, ya que tiene un papel

muy importante, ya que realizaran sesiones de terapia de comportamiento hacia el paciente, psicoterapia y la administración de fármacos todas estas terapias dependerán del estado en el que se encuentra el paciente puede llegar a variar a lo largo del proceso .

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante la prevención de esta enfermedad desde los centros educativos, ya que el papel sanitario no es el único importante también es muy importante el papel del equipo de docentes, ya que están en contacto diario con los adolescentes siendo ellos los primeros en percibir cualquier síntoma o alerta.

Tampoco podemos olvidar a las familias, en conclusión llego a ser muy útil un reparto de una guía informativa tanto en los centros de salud de atención primaria como en los centros educativos dándoles conocimientos y herramientas que nos ayuden a identificar lo antes posibles comportamientos que tengan relación con los trastornos de conductas alimentarias.

6 Bibliografía

Trastornos alimenticios o psicopatologías alimentarias Por: Olga Fernández – Velilla Lapuerta

Enciclopedia Océano Color, Editorial Océano.

Diccionario enciclopédico “Nuevo Pequeño Larousse Ilustrado”.

Adolescentes: trastornos de alimentación. María Rosario Trinidad Ayela Pastor. Editorial Club Universitario. <https://www.20minutos.es/noticia/1687540/0/poblacion-padece/entre-12-25-anos/trastorno-alimentario/?autoref=true>

<https://www.lavanguardia.com/vida/20190110/454064488085/400000-personas-la-mayoria-jovenes-sufren-un-trastorno-de-alimentacion.html>

<https://www.waza.org/>

Capítulo 83

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE AL SARS-COV-2

LAURA REDONDO SANCHEZ

BERNARDA JIMÉNEZ MAESO

SARA ROMERO DÍAZ-MAROTO

1 Introducción

El Sars-CoV-2 (Covid19) se identificó por primera vez en 2019. Este virus proviene de la familia de los coronavirus y ocasionó una pandemia que resultó ser muy grave en todo el mundo y que, a día de hoy, según datos del ISCII aún nos deja 10.697 casos notificados en los últimos 14 días en personas de 60 años en adelante.

Aunque cualquier persona puede contraer la enfermedad, las personas que padecen enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer o enfermedades respiratorias, tienen más posibilidades de contraer esta enfermedad, de padecer síntomas más graves e incluso la muerte.

Para prevenir esta enfermedad es importante conocerla y aún más, saber cómo prevenirla y como evitar su propagación. Algunas de las medidas de prevención son:

- Acudir a recibir la vacuna cuando corresponda.
- Mantener la distancia social, de al menos 1 metro.

- Hacer uso de la mascarilla cuando no sea posible el distanciamiento social o cuando en el lugar donde estemos no haya la suficiente ventilación.
- Realizar correctamente el lavado de manos con agua y jabón y cuando no sea posible, hacer uso del gel hidroalcohólico.
- Cubrir nariz y boca al toser y estornudar.
- Realizar los protocolos recomendados por los profesionales sanitarios en caso de contraer la enfermedad.

Este virus se propaga fácilmente a través de pequeñas partículas que expulsamos al hablar, toser e incluso al respirar.

El Covid19 afecta de formas diferentes a cada individuo, es por eso que los síntomas que se pueden presentar son variables. La mayoría de las personas desarrollan la enfermedad de forma leve o moderada y se recuperarán sin necesidad de ingreso hospitalario. No obstante, hemos hecho una recopilación de los síntomas más y menos comunes:

Síntomas más comunes:

- Fiebre.
- Tos.
- Cansancio.
- Pérdida del gusto y del olfato.

Síntomas menos comunes:

- Dolor de garganta.
- Dolor de cabeza.
- Dolor y molestias generalizadas.
- Diarreas.
- Erupción en la piel.
- Decoloración en los dedos de las manos o de los pies.
- Ojos rojos e irritados.

Síntomas graves:

- Dificultad para respirar.
- Pérdida del habla o movilidad.
- Confusión.
- Dolor en el pecho.

Los síntomas tardan 5 o 6 días aproximadamente en desaparecer desde que el individuo contrae la enfermedad, pero a veces puede tardar hasta 14 días.

En caso de detectar síntomas graves se debe buscar atención médica rápidamente. Si son leves, los síntomas se controlarán en casa y se seguirán las directrices del personal sanitario.

2 Objetivos

Los principales objetivos como Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son:

- Conocer la enfermedad para poder identificarla lo antes posible.
- Conocer las precauciones que debemos tomar como TCAE.
- Concienciar y explicar al público en general la importancia de respetar y aplicar estas medidas establecidas por seguridad y salud pública.

3 Metodología

Para realizar este trabajo, hemos realizado una investigación basada en una revisión bibliográfica de páginas especializadas en este tema y una recopilación de información de las principales bases de datos como: Scielo, ISCII y la página oficial del ministerio de sanidad.

Así como también hemos recogido datos de otras revistas científicas ya contrastadas.

4 Resultados

Desde que empezó la pandemia del Covid19, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, junto con todo el personal sanitario, ha estado muy expuesto y ha debido adaptarse a los nuevos protocolos y directrices ante esta nueva situación. Cada protocolo ha ido cambiando y adaptándose según las necesidades de cada hospital y cada centro de salud. Algunas de las directrices más comunes son:

- Higiene de manos. Con agua y jabón y realizando la técnica correcta. Es importante realizar el lavado de manos antes y después de utilizar el EPI (Equipo de Protección Individual).
- Importante realizar una correcta distribución de las tareas.
- Es recomendable asignar a cada Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería un grupo de pacientes para minimizar el contacto y la propagación.
- Intentar garantizar la distancia interpersonal en las zonas comunes.
- Desinfección adecuada de materiales, ropa y calzado.

- Limpieza y desinfección del lugar de trabajo.
- Utilizar el equipo completo de protección: EPI, mascarilla FFp2, guantes y protección ocular.
- Conocer el protocolo de la puesta y la retirada de EPIS.
- Usar bolsas de basura biodegradables.
- Asegurarnos de que disponemos del material necesario antes de entrar en la habitación, además de agrupar las actividades para reducir el número de veces que entramos en una habitación.
- Delimitar las zonas limpias de las sucias y disponer en ellas de contenedores adecuados para eliminar el material de protección

Es importante que, aparte de seguir todas estas recomendaciones y medidas, el personal sanitario reciba un seguimiento activo para preservar su salud y actuar rápidamente en caso de contagio o sospecha.

Cada hospital o centro de salud tiene un protocolo diferente, pero todos ellos deben incluir el aislamiento domiciliario y la realización de una prueba PCR

5 Discusión-Conclusión

El impacto físico y emocional que esta pandemia ha tenido en los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería y en todo el personal sanitario ha sido de gran escala. Por un lado, a nivel físico, donde el uso prolongado del material de protección ha producido lesión en la piel y donde la sobrecarga de trabajo ha producido un fuerte agotamiento. Por otro lado, a nivel psicológico, donde esta situación ha hecho que sintamos vulnerabilidad, miedo, estrés e incluso problemas para conciliar el sueño.

Es por todo esto, que debemos comprender el valor de nuestro papel como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, así como el de todo el personal sanitario para respetar, conocer y aplicar las medidas recomendadas y reducir entre todos el riesgo de contagio.

6 Bibliografía

- <https://cnecovid.isciii.es/covid19/>
- https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_3
- <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/portada/home.htm>
- <https://revistamedica.com/riesgos-laborales-tcae-covid/>

-<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-avance-resumen-cuidados-enfermeros-el-paciente-adulto-S1130862120303132>
-http://www.auxiliar-enfermeria.com/enfermeria/protocolo_covid19_hospitalizacion.htm
-https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000300016

Capítulo 84

EL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

RAQUEL GARDE OJEDA

1 Introducción

Las manos son consideradas como los principales vectores de microorganismos en el ámbito sanitario debido a que pueden estar en contacto directo con superficies y materiales contaminados, así como con pacientes infectados. Los microorganismos que se encuentran en las manos pueden ser transmitidos a otras personas, objetos o superficies, lo que puede dar lugar a la propagación de infecciones y enfermedades.

En el ámbito sanitario, es especialmente importante tener en cuenta que los pacientes pueden tener un sistema inmunológico debilitado o vulnerable, lo que los hace más susceptibles a las infecciones. Además, algunos microorganismos pueden ser resistentes a los antibióticos y ser difíciles de tratar, lo que aumenta aún más la importancia de prevenir su propagación.

Por estas razones, el lavado de manos es una práctica esencial para reducir la transmisión de microorganismos y prevenir infecciones y es de vital importancia que el personal sanitario se lave las manos antes y después de cualquier actividad que implique contacto con los pacientes o materiales que puedan estar contaminados. Asimismo, los pacientes y visitantes también deben ser conscientes de la importancia del lavado de manos para prevenir la propagación de infecciones.

Esta práctica consiste en limpiar cuidadosamente las manos con agua y jabón o soluciones desinfectantes especiales.

2 Objetivos

- Concienciar de la importancia del lavado de manos, especialmente en los centros sanitarios
- Dar las herramientas necesarias para realizar un correcto lavado de manos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, artículos y publicaciones oficiales del Ministerio del Trabajo, Ministerio de Sanidad, principales sindicatos españoles y libros especializados.

4 Resultados

En los centros sanitarios, existen diferentes tipos de lavado de manos, cada uno con su propia técnica y propósito específico. A continuación, se describen algunos de los tipos de lavado de manos más comunes:

Lavado de manos higiénico: este tipo de lavado de manos se realiza para prevenir la transmisión de microorganismos de una persona a otra. Se lleva a cabo antes y después del contacto con un paciente, después de tocar objetos contaminados y antes de realizar procedimientos médicos limpios. Se debe usar agua corriente, jabón y secarse con toallas de papel desechables.

Lavado de manos quirúrgico: este tipo de lavado de manos se realiza antes de realizar una intervención quirúrgica. Se lleva a cabo con un jabón especial para quirófano y se extiende hasta el codo. También se debe usar una técnica específica de frotado y enjuague para garantizar la eliminación completa de los microorganismos.

Lavado de manos antiséptico: este tipo de lavado de manos se realiza cuando hay un mayor riesgo de transmisión de microorganismos, como en el caso de pacientes inmunocomprometidos o en unidades de cuidados intensivos. Se utiliza un jabón antiséptico y se debe realizar según las instrucciones del fabricante.

Lavado de manos de rutina: este tipo de lavado de manos se realiza en situaciones en las que hay una exposición regular a microorganismos, como en el caso de tra-

bajadores de la salud. Se realiza con agua y jabón y se debe realizar con frecuencia durante el día.

Es importante destacar que el lavado de manos es una de las medidas más efectivas para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas en los centros sanitarios. La elección del tipo de lavado de manos adecuado dependerá del contexto y de los objetivos específicos de cada situación.

El lavado de manos con gel hidroalcohólico es una alternativa al lavado de manos con agua y jabón que se ha convertido en una práctica muy común en los centros sanitarios. Este tipo de lavado se basa en la utilización de una solución de alcohol que se aplica directamente en las manos y que permite eliminar los microorganismos que puedan estar presentes en la piel.

La principal ventaja de este tipo de lavado es que es rápido y cómodo de usar, ya que no se necesita agua ni jabón y se seca rápidamente. Además, su efectividad es comparable a la del lavado de manos con agua y jabón, siempre y cuando se utilice correctamente y se asegure una adecuada cobertura de todas las áreas de las manos.

Sin embargo, el lavado de manos con gel hidroalcohólico no es adecuado en todos los casos, especialmente cuando las manos están visiblemente sucias o contaminadas con materiales orgánicos. En estos casos, es necesario lavar las manos con agua y jabón para poder eliminar la suciedad y los microorganismos.

Además, es importante tener en cuenta que el gel hidroalcohólico puede ser irritante para la piel y que su uso frecuente puede causar sequedad e incluso lesiones cutáneas. Por esta razón, se recomienda limitar su uso a situaciones en las que no sea posible lavar las manos con agua y jabón y utilizar cremas hidratantes para cuidar la piel después de su uso.

En resumen, el lavado de manos con gel hidroalcohólico es una práctica útil y efectiva en el ámbito sanitario, pero su uso debe ser adecuadamente controlado y complementado con el lavado de manos con agua y jabón en los casos en los que sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de las manos es esencial para evitar la propagación de microorganismos y, por lo tanto, reducir el riesgo de infecciones nosocomiales. Estas in-

fecciones son un problema significativo a nivel mundial y tienen un impacto económico importante en los sistemas de salud. Realizar la tarea simple de lavar las manos en los momentos adecuados y de la manera correcta es una medida que todos los profesionales de la salud pueden tomar para prevenir infecciones y evitar un mayor daño al paciente. Es importante que aumentemos la adherencia a esta técnica para lograr una reducción en el número de infecciones y, por lo tanto, una mejora en la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

- <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/informacion-general/calidad/lavado-higienico-manos>
<https://osieec.osakidetza.eus/hospitalcruces/documentos/campanas/GUIA%20HIGIENE%20OSAKIDETZA.pdf>
- https://ingesa.sanidad.gob.es/higieneDeManos/docs/higieneManos_07.pdf

Capítulo 85

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: RESPIRACIÓN. HIPOXEMIA. HIPERCAPNIA. DETERMINACIÓN DE GASES EN SANGRE

FERNANDA RAQUEL ARIAS ROMERO

M ÁNGELES DIAZ-MEDINO MURCIA

M PRADO SÁNCHEZ DÍAZ TOLEDO

M MERCEDES SANCHEZ CASADO

ROCIO DEL POZO CABALLERO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar en qué consiste la determinación de gases en sangre (oxígeno, dióxido de carbono, pH, saturación de oxígeno, etc.), prueba que hay que realizar previamente a los pacientes para determinar la necesidad de poner o no oxígeno y el protocolo de actuación del técnico en cuidado de auxiliar de enfermería (TCAE) en este proceso.

Antes de llegar a ello, vamos a empezar diciendo que la respiración es un proceso complejo que se inicia con la inhalación de oxígeno(O) y finaliza con la expulsión de dióxido carbono (CO₂) y que permite entre otros la regeneración de las distintas células que constituyen el cuerpo humano.

Pero hay momentos en los que los pacientes no pueden realizar correctamente la respiración produciéndose la hipoxemia o la hipercapnia.

Pero, ¿qué es la hipoxemia?

El sustantivo femenino hipoxemia proviene del griego y significa tener menos oxígeno del considerado normal en sangre.

Cuando un paciente tiene menos oxígeno en sangre, se produce lo que se conoce médicamente como hipercapnia.

Pero, ¿Qué es la hipercapnia?

El sustantivo femenino hipercapnia proviene del griego y se podría decir que hace referencia a tener valores de dióxido de carbono (CO₂) disueltos en sangre por encima del valor considerado normal.

2 Objetivos

- Dar a conocer en qué consiste la determinación de gases en sangre.
- Desarrollar el proceso de actuación del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería en el proceso de determinación de gases en sangre.

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 ámbito sanitario, respiración, hipoxemia, etimología de hipoxemia, hipercapnia, etimología de hipercapnia, prueba de determinación de gases en sangre y protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en la determinación de gases en sangre.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban: funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el ámbito sanitario, respiración, hipoxemia, etimología de hipoxemia, hipercapnia, etimología de hipercapnia, prueba de determinación de gases en sangre y protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en la determinación de gases en sangre, con antigüedad máxima de 5 años.

4 Resultados

Antes de que un facultado pauté la administración de oxígeno es necesario realizar pruebas para valorar el estado del paciente. Inicialmente se le realizará una prueba de saturación de oxígeno a través de un pulsioxímetro (técnica pliometría, consistente en ponerlo en un dedo del paciente), pero de esta técnica no permite el cálculo de la presión parcial ni del oxígeno ni del dióxido de carbono para lo cual se realiza una analítica en sangre que permite el estudio de estos y otros gases presentes en la sangre. Hay que recalcar que la toma de sangre para determinar los gases es cogida de una arteria, mientras que en una analítica de sangre la recogida de sangre es en una vena (Esto la hace un poco más dolorosa).

Protocolo de actuación del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería en la toma de sangre para la determinación de gases en paciente con problemas respiratorios:

- Lavarse las manos con agua y jabón con pH neutro (lavado higiénico) y ponerse guantes.
- Preparar material: guantes desechables, agujas, jeringuillas, alcohol, algodón, tubos de muestras, esparadrapo hipoalergénico, etc.
- Llamar al paciente a través de sita.
- Recepcionar al paciente, ver concordancia del paciente con PIC de analítica.
- Sacar etiquetas identificativas del paciente.
- Seleccionar los tubos que deben sacarle (tapón rojo, verde, morado, etc.) y ponerle la etiqueta identificativa del paciente.
- Llevar el PIC junto con los tubos correspondientes a la sala de extracciones y pedir al paciente que nos acompañe.
- Se le realiza la extracción de sangre por parte del DUE.
- Recogida de las muestras obtenidas, y llevarlo inmediatamente al laboratorio (si el envase es de plástico) o llevar las muestras junto a la de otros pacientes (si el envase es de vidrio) antes de los 30 minutos y bajo la temperatura indicada (de 0 a 4°C) para que los resultados sean lo mas precisos posibles.

5 Discusión-Conclusión

El hecho de no ser considerados personal sanitario no debe contribuir en caer en la ignorancia, por eso creemos que es necesario que conozcamos que es la hipoxemia, la hipercapnia y sepamos el protocolo de actuación para la extracción de sangre para el estudio de gases en esta, también es de suma importancia que sepamos que si la muestra extraída se almacena en plástico debe ser llevada de

inmediato a laboratorio para su análisis porque de no ser llevada de inmediato puede haber variación en la medida de los valores que pueden suponer al paciente la pauta de oxígeno a unas dosis no apropiada.

Por otro lado, sabemos que aun siendo una prueba sencilla nos encontramos con pacientes que vienen muy nerviosos y les supone un trauma una simple analítica, por ello debemos mostrar empatía y no considerarlos un simple número y que detrás de este paciente viene otro y otro. En definitiva, humanizar su atención.

6 Bibliografía

Wikipedia <https://revistas-portalesmedicos.com>

<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

<https://www.auxiliar.enfermeria.com>

Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill.

Capítulo 86

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON LA HIGIENE DE LA PIEL DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS

ANA BELÉN SERRANO GARCÍA

IVAN CAMACHO BURGOS

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

1 Introducción

El aseo diario y, por lo tanto, la higiene del paciente geriátrico es una actividad que permite un hábito de nuestros mayores y un estilo de vida saludable.

La mayoría de los pacientes geriátricos se encuentran en residencias o viven solos, por lo que cuando estos pacientes ingresan necesitan del cuidado de otras personas para ayudarles a realizar estas actuaciones que las tenían como un hábito en su día a día. Si durante el periodo de hospitalización se encuentran solos, serán los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería los encargados de realizar estos cuidados.

Es importante que el TCAE conozca las diferencias entre la higiene general y la higiene parcial, ya que será de vital importancia una limpieza parcial minuciosa de las zonas corporales en las cuales se encuentren los problemas clínicos para que la mejora del paciente sea mayor.

El manual de enfermería del personal laboral de la Junta de Comunidades de Castilla- La Mancha, establece que la higiene es una parte de la medicina cuya finalidad es el estudio de los medios, procedimientos y hábitos para conservar la salud del paciente y evitar por ello futuras enfermedades, infecciones o complicaciones.

Durante el desarrollo de este capítulo se llevará a cabo una breve introducción a los cuidados de la piel que se deben realizar en el paciente geriátrico durante su estancia en el centro hospitalario.

2 Objetivos

- Conocer el concepto de higiene en relación la salud del paciente ingresado.
- Enumerar los pasos a seguir durante la técnica del cuidado de la piel.
- Describir los beneficios de la limpieza de la piel.

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 finalidad de llevar a cabo una correcta limpieza de la piel del paciente geriátrico es la de mantener la piel en buen estado, es por ello por lo que es importante la limpieza de la suciedad y el sudor del paciente, para que la piel pueda seguir realizando sus funciones con total normalidad, evitando de esta manera:

- La aparición de infecciones.
- Mantener la circulación sanguínea, ante la inmovilidad del paciente encamado.
- Reducir la temperatura.
- Proporcionar bienestar al paciente con el aseo.

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR DURANTE LA HIGIENE DE LA PIEL

Se llevará a cabo este procedimiento con cada zona corporal.

- Tener preparado el material necesario y disponerlo cerca del lugar de actuación.

- Posicionar al paciente en decúbito supino, dentro de la comodidad, el tratamiento y el diagnóstico clínico del paciente.
- Utilizar material desechable como empapadores para mantener la limpieza de la ropa de cama y del propio paciente.
- Retirar la ropa sucia o mojada y sustituirla por una limpia y seca.
- La higiene se realizará de arriba hacia abajo, primero en la zona delantera para finalizar en la zona posterior.
- El aseo del cuerpo será diario, mientras que el aseo del cabello será de una vez a la semana.
- Durante la higiene se deberá mantener una temperatura estable en la habitación y evitar las corrientes de agua.

ACTUACIÓN CON EL PACIENTE

En el cuidado del paciente geriátrico es tan importante la higiene como cuidar el trato personal con este tipo de pacientes, ya que son pacientes que requieren de atenciones personales debido a su soledad.

Del mismo modo, es importante cuidar la intimidad del paciente, y realizar la higiene en la mayor intimidad posible, para ello se pedirá a los acompañantes que abandonen las habitaciones, y se cerrarán puertas, se cubrirá con biombos si fuese necesario y se utilizará persianas y estores.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo científico titulado “Funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con la higiene de la piel de los pacientes geriátricos hospitalizados” nos demuestran por un lado la importancia de realizar esta actividad por bien para la salud, pero también para mejorar la autoestima y el bienestar del paciente ingresado.

Del mismo modo, es importante destacar que es tan importante los cuidados físicos del paciente, pero también los cuidados psíquicos y emocionales del mismo, ya que son pacientes que suelen estar la mayoría del tiempo en soledad y necesitan ser escuchados y atendidos por las personas que se encuentran a su alrededor.

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 87

CUIDADOS LA PACIENTE CON ANEMIA

ANDREA ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La anemia podemos definirla como el procedimiento que puede desarrollar la sangre cuando produce poca cantidad de glóbulos rojos, el cuerpo se encuentra con poca sangre rica en oxígeno y esto ocasiona a la persona un estado de cansancio y debilidad.

Existen varios tipos de anemias (la anemia por falta de hierro, anemia por falta de vitaminas, anemias hemolíticas etc..) cada una por una causa determinada, pueden ser anemias leves o también pueden llegar a ser anemias muy graves.

Cualquier persona a cualquier edad puede desarrollar una anemia, algunos de las causas para desarrollarla pueden ser las siguiente, tener una alimentación pobre en hierro, problemas intestinales afectando a la absorción de los nutrientes necesarios, por la menstruación ya que esto produce una gran pérdida de glóbulos rojos, también puede desarrollarse por antecedentes en la familia entre otras muchas causas que intervienen en el desarrollo de padecer una anemia.

Para poder evitar esto debemos intentar prevenirlo en la medida de lo posible teniendo una buena dieta de alimentos como puede ser consumir alimentos ricos en hierro, dietas que contengan folato como puede ser frutas, verduras, cereales y arroces y también consumir vitaminas B-12 y vitaminas c esta ultima nos ayudara a la absorción de los alimentos con hierro

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta en relación con la anemia y sus cuidados.

3 Metodología

Para poder realizar este trabajo se hicieron varias revisiones bibliográficas buscando las informaciones mas actuales en las diferentes bases de datos : WIKIPEDIA, SCIELO , BUSCADOR DE GOOGLE ACADEMICO entre otras utilizando las siguientes palabras descriptoras ; Anemia, salud, glóbulos rojos, hemoglobina, enfermería etc..

4 Resultados

Es muy importante la detección y buen diagnostico ante la anemia, por eso resultado favorable de manera preventiva los controles analíticos rutinarios para así poder tratar una anemia cuanto antes, y que no se convierta en una anemia grave.

Por todo ello es importante el papel que tiene el equipo de sanitarios ya que pueden ser los encargados de poner en conocimiento algunos signos de alerta ante una posible anemia y también llegar a realizar algunas recomendaciones para llegar a prevenirla.

Algunos de los síntomas que nos pueden alertar de que podemos padecer una anemia son fatiga, mareos, palpitaciones , dolores de cabeza etc., estos síntomas pueden llegar a aparecer a medida que la anemia empieza a ser mas grave.

Las causas que la pueden producir puede ser por causas ya adquiridas al nacer o puede llegar a desarrollarse con la edad, podemos padecer anemia cuando nuestro cuerpo no produce suficiente numero de glóbulos rojos , cuando sangramos podemos perder gran cantidad de glóbulos rojos o nuestro propio cuerpo acaba con esos glóbulos rojos.

Los glóbulos rojos contienen hemoglobina para producir esto nuestro cuerpo necesita de hierro, folato y vitaminas B12.

La anemia se debe tratar para no producir algunas complicaciones una anemia muy grave puede hacerte sentir demasiado cansado esto hará que no puedas seguir con tu rutina de vida, puede hacerte desencadenar problemas de corazón como una insuficiencia cardiaca o lo que es peor una anemia puede llegar a producirnos la muerte .

Cuando la anemia pone en peligro nuestra vida el tratamiento mas eficaz es la transfusión de sangre de manera urgente , estos concentrados de hematíes proceden de personas donantes de sangre.

Otras anemias mas leves pueden tratarse aportando hierro , vitaminas b12 , acido fólico etc...

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante unos tener buenos hábitos de alimentación como las dietas ricas en hierro, en folatos y en vitaminas como la vitamina B12, También es muy importante llevar un buen control analítico rutinario para poder detectar y llegar a tratar la anemia lo antes posible y también poner en conocimiento diferentes pautas para poder prevenirla.

Las anemias graves puedes hacer perder un gran volumen de sangrado y si no se detecta o no se pone remedio rápidamente puede llegar a ocasionarnos la muerte

También es muy importante animar a nuestros pacientes a donar sangre ya que esto puede salvar la vida de muchas personas que la necesita.

6 Bibliografía

Mabry-Hernandez IR. Screening for iron deficiency anemia—including iron supplementation for children and pregnant women. *Am Fam Physician*. 2009 May 15;79(10):897-8.

Alleyne M, Horne MK, Miller JL. Individualized treatment for iron-deficiency anemia in adults. *Am J Med*. 2008;121:943-948.

Brittenham G. Disorders of Iron Metabolism: Iron Deficiency and Iron Overload. In: Hoffman R, Benz EJ, Shattil SS, et al, eds. *Hematology: Basic Principles and Practice*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2008:chap 36.

Capítulo 88

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN EL ATRAGANTAMIENTO POR CUERPO EXTRAÑO

MARÍA LUISA GÓMEZ MARTÍNEZ

LORENA ALCARAZ RODENAS

INES CRESPO GARCÍA

BERNARDINA ROMERO RÍOS

ESTEFANIA BALLESTEROS CUERDA

1 Introducción

Podemos definir primeros auxilios como la primera barrera ante una emergencia o urgencia.

Serían un grupo o conjunto de procesos o formas de actuar al encontrarnos en una situación en la que ha habido un accidente o cualquier situación en la que se deba actuar rápidamente para evitar que se agrave dicha situación.

Los primeros auxilios se deben llevar a cabo antes de que lleguen al lugar donde ha sucedido la emergencia los profesionales sanitarios que estarán realmente capacitados para ayudar a la persona que se encuentra enferma o accidentada.

Cualquier persona debería tener unos conocimientos y nociones básicas sobre primeros auxilios para poder ayudar en estos casos, hay que actuar de manera

rápida y sabiendo que se tiene la responsabilidad de que podría ser que se puede agravar la situación si no sabemos bien lo que estamos haciendo.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en su formación oficial cursa una asignatura en la que se tratan todos los temas básicos de primeros auxilios (quemaduras, accidentes, vendajes, atragantamientos, paradas cardiorrespiratorias, envenenamientos, etc) por eso serían una de las personas que estarían capacitadas para realizar los primeros auxilios en el propio lugar del suceso, pudiendo evaluar la situación bajo su criterio y actuar lo antes posible.

2 Objetivos

Describir qué son los primeros auxilios y qué acciones puede realizar del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en caso de atragantamiento por cuerpo extraño.

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.

4 Resultados

Ante un caso de emergencia se deben seguir siempre tres pasos importantes: el método PAS: son unas siglas que significan proteger, avisar y socorrer, es muy importante proteger para no empeorar la situación, avisar a los servicios de emergencias y entonces socorrer que es prestar ayuda a la/as persona/as accidentadas. Existen diferentes y diversas acciones que se pueden realizar en los primeros auxilios, entre ellas vamos a destacar el atragantamiento:

-Es un tipo de emergencia en la que un cuerpo extraño (objeto, alimento, etc) se queda atascado en la vía aérea (garganta) y de esa manera impide que entre el aire llegando a provocar que el enfermo se quede inconsciente y por último y mas importante la asfixia y muerte del accidentado. En caso de encontrarnos con un atragantamiento se debe actuar de la siguiente manera:

-En caso de un adulto que se encuentre consciente se debe animar a que tosa fuerte, ya que con esta acción es posible que se expulse el objeto por sí solo,

si esto no funciona a la vez que el paciente tose se dan cinco golpes secos en el medio de la espalda con la palma de la mano, con las dos cosas juntas(tos y golpes) también se debe poder expulsar el objeto del atragantamiento. Cuando ya se observa que el enfermo empieza a ponerse de color azulado por la falta de oxígeno y no consigue expulsar realizaremos la maniobra de Heimlich, en la que nos colocamos detrás del paciente y formando un puño con las dos manos juntas presionáramos hacia dentro y hacia arriba con el pulgar en el hueco que se encuentra justo encima del estómago (por encima del ombligo) con fuerza para provocar la expulsión del objeto.

Por último, se nos daría la situación de pérdida de consciencia y parada cardiorrespiratoria en la que tendríamos que realizar la RCP(reanimación cardiopulmonar) llamando antes al 112.

En caso de que sea un niño la actuación es la misma que la del adulto variando en que dependiendo de la edad del niño se realizan cinco golpes en la espalda a la vez que este tose, y cuando esto no funciona si es un lactante se realizarán cinco compresiones abdominales y si es un bebé se realizarán compresiones en el tórax (parecido a las compresiones de la RCP),alternando los golpes en la espalda con las compresiones en el abdomen o tórax hasta conseguir que expulse el objeto, en caso de no ser así y que haya pérdida de consciencia o parada se llamara al 112 y se procede a realizar la RCP(reanimación cardiopulmonar).

5 Discusión-Conclusión

De este tema podemos concluir que las actuaciones en el tema de primeros auxilios, en el caso de un atragantamiento por cuerpo extraño, es muy importante mantener la calma y actuar rápidamente para evitar el agravamiento de la situación, al mantener la calma transmitimos una sensación de que la situación va a mejorar. El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene un papel importante en esta actuación, ya que tiene una formación específica en primeros auxilios y sabrá llevar a cabo las actuaciones y maniobras necesarias para solventar un caso de atragantamiento por cuerpo extraño, sabiendo que en caso de la edad del enfermo deberá realizar una acción u otra, y siempre avisando al 112 que son los que irán equipados con todo lo necesario para realizar las maniobras de reanimación en caso de que el atragantamiento derive en una parada cardiorrespiratoria.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001983.htm>

<https://www.isastur.com>

<https://fapap.es/articulo/379/actualizacion-de-las-recomendaciones-de-las-maniobras-de-reanimacion-pediatrica>.

Capítulo 89

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (T.C.A.E.) EN EL ÁMBITO SANITARIO: APLICACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA OFTALMOLOGICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

FERNANDA RAQUEL ARIAS ROMERO

M ÁNGELES DIAZ-MEDINO MURCIA

M PRADO SÁNCHEZ DÍAZ TOLEDO

M MERCEDES SANCHEZ CASADO

ROCIO DEL POZO CABALLERO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar el protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) en la aplicación de medicación a pacientes por vía oftalmológica (ya que de acuerdo a las funciones que le determina el estatuto de personal sanitario no facultativo de la seguridad social los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería pueden administrar fármacos por

vía oral (a través de la boca), rectal(a través del ano) y no pueden administrar medicamentos por la vía parenteral (mediante una inyección).

Pero, ¿qué es la vía oftalmológica?

Se habla de vía oftalmológica cuando se trata de la aplicación de medicamentos (ungüento o gotas) en los ojos.

Pero, ¿qué es el ojo?

El sustantivo masculino ojo proviene del vocablo latino oculus. El ojo es un órgano complejo (formado por líquidos y varias finas capas) situado en la cara que proporciona la vista (tanto en los seres humanos como en los animales).

Existen patologías en los ojos que van desde una simple infección, pasando por afecciones en córnea, ambliopía , macroftalmia, conjuntivitis, desprendimiento de retina ,glaucoma, retinitis pigmentaria , síndrome de ojo seco, ... y cuyo tratamiento pasa por la administración de ungüento o gotas en los ojos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Desarrollar el protocolo de actuación del TCAE en pacientes hospitalizados que recibir medicación por vía oftalmológica.

Objetivo secundario:

Poner en valor la figura del TCAE en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliografía donde hemos utilizado

Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo, libros de texto y apuntes de TCAE. como palabras clave:

Funciones generales del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería en el ámbito sanitario, vía oftalmológica, vía oral, vía parenteral, ojo, etimología de ojo, enfermedades en el ojo y protocolo de actuación del TCAE para llevar a cabo la aplicación de fármacos por vía oftalmológico en pacientes hospitalizados.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: Funciones generales del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería en el ámbito sanitario, vía oftalmológica, vía oral, vía parenteral, ojo, etimología de ojo, enfermedades en el ojo y protocolo de actuación del TCAE para llevar a cabo la aplicación de fármacos por vía oftalmológico en pacientes hospitalizados, artículos en castellano que con una antigüedad máxima de 7 años.

4 Resultados

Protocolo de actuación conjunto de TCAE para llevar a cabo la administración de fármaco (colirio, gotas, etc.) por vía oftalmológica en pacientes hospitalizados:

- Lavarse las manos y ponerse los guantes desechables.
- Preparar el material necesario:
 - .- Recursos personales: DUE y/o TCAE.
 - .- Recursos materiales: guantes no estériles, medicación prescrita(comprobando la fecha de caducidad y que ha estado conservada según indicaciones del prospecto), gasas estériles, apósito oclusivo, etc.
- Identificarse ante el paciente (con nombre y categoría profesional), siempre refiriéndonos a él por su nombre.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Pedir al paciente su colaboración, en la medida de sus posibilidades.
- Pedir al paciente que se sienta (si sus patologías se lo permiten) que ponga la cabeza hacia atrás y fije la mirada hacia arriba (Si es necesario ayudarlo a poner dicha postura).
- Con suavidad apartar el párpado inferior con uno de los dedos y sin tocar el ojo con el frasco echar el medicamento prescrito, por ejemplo, dos gotas en el ojo derecho y ninguna en el izquierdo. Pedir al paciente que mantenga cerrados los ojos unos segundos.
- Inmediatamente después de la administración proceder a cerrar el frasco.
- Proporcionarle gasas al paciente para que las utilice en caso de tener que limpiarse, dándole instrucciones de que no lo haga con pañuelos de papel o papel higiénico.
- Finalizada la administración acomodar al paciente.
- Recoger el material empleado, dejando el habitáculo en orden.
- Despedirnos del paciente.
- Quitarnos guantes y desecharlos en el contenedor adecuado para este tipo de residuos.
- Realizar el lavado higiénico de manos.
- Registrar la administración de la medicación en la historia de enfermería del paciente (en Mambrino XXI) especificando medicamento suministrado, nombre de la persona que lo suministra, fecha , hora del procedimiento, etc.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) tengamos pleno conocimiento del protocolo de actuación como hay que suministrar cualquier medicamento por vía oftalmológica en pacientes hospitalizados, que llevemos a cabo la administración de la medicación de forma correcta (medicación sin caducar, sin estar más de 30 días abierta , en estado de conservación adecuada, etc.) para evitar al paciente la aparición de nuevas patologías no existentes previamente al suministro de la medicación y que en el desarrollo de nuestras funciones se realicen siempre mostrando empática hacia el paciente y humanizando la atención proporcionando así una atención de calidad.

6 Bibliografía

Wikipedia.

Estatuto de Personal Sanitario no facultativo de la Seguridad Social de 26 de abril de 1973.

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. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.

<https://revistas-portalesmedicos.com>

Capítulo 90

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE LUPUS

LOLA SERRANO BELLOT

MARIA LLANOS ALFARO JAVEGA

NEREA PÉREZ-CEJUELA MORENO

LUCÍA MORENO CANO

ROSA MARÍA GARRIDO REQUENA

1 Introducción

El lupus es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta por error a los órganos y tejidos sanos de nuestro cuerpo. El sistema inmunitario se encarga de hacer frente a sustancias desconocidas que no tienen ningún efecto en nuestro organismo, como virus o bacterias. El lupus es una enfermedad que afecta a casi todas las partes de nuestro cuerpo, principalmente la piel, los riñones, las articulaciones, el cerebro y el sistema nervioso, y su tratamiento es muy difícil. Los principales síntomas del lupus son problemas en la piel, sangre, músculos y articulaciones, así como fiebre y fatiga. Los síntomas comunes incluyen pérdida de peso y pérdida de apetito, fiebre y fatiga. Lesiones de piel y mucosas: En esta condición, las mejillas y la nariz se inflaman y enrojecen, causando picazón, tirantez y ardor. Con esto en mente, es una buena idea evitar la luz solar directa

y beber muchos líquidos cuando salga en un día soleado, ya que esto puede empeorar la condición. El lupus discoide puede dejar cicatrices u otras erupciones. Las úlceras bucales también son un problema causado por el lupus, al igual que la pérdida de cabello y las manchas en la piel. Riñones: los riñones afectados por el lupus pueden causar inflamación renal, incapacidad para eliminar los desechos del cuerpo de manera efectiva e incluso pueden causar retención de líquidos.

2 Objetivos

Establecer una serie de cuidados para favorecer en la medida de lo posible una mejor calidad de vida ante la enfermedad y que las personas la conozcan.

3 Metodología

Para ilustrar este trabajo se realizó un estudio consistente con una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Se revisaron artículos en las bases de datos más grandes: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google Scholar, seleccionan artículos científicos de revistas científicas revisadas por pares.

4 Resultados

Hablaremos sobre la enfermedad del lupus, y cómo se trata a los pacientes por parte del equipo del técnico de cuidados auxiliares de enfermería. Destacamos que existen diferentes tipos de lupus, entre los que podemos encontrar: lupus neonatal, lupus inducido por fármacos, lupus cutáneo y lupus eritematoso sistémico (LES).

Lupus Neonatal: Esta es una enfermedad que se transmite de la madre al feto debido a los anticuerpos maternos transmitidos a través de la placenta. Las estadísticas son más altas que para las mujeres con esta condición. Lupus inducido por medicamentos: este tipo de lupus es el resultado de una reacción a medicamentos, más comúnmente isoniazida, procainamida o hidralazina. Lupus cutáneo: Esta es una enfermedad que afecta la piel y no existe una cura definitiva, pero el tratamiento puede retardar o minimizar sus síntomas, como granos y picazón. Entre muchos otros. LES: esta enfermedad afecta por error a todo el organismo porque el sistema inmunitario ataca los tejidos sanos. Los órganos más afectados son los riñones, las articulaciones, el cerebro, la piel y otros órganos. Los

antipalúdicos como la hidroxicloroquina y la cloroquina pueden ser muy útiles para algunas personas con lupus. Se usan comúnmente para controlar la artritis, las erupciones en la piel, las llagas en la boca, la fatiga y la fiebre. El efecto terapéutico puede manifestarse en varios meses, ya que la acción de estos fármacos es lenta. Sin embargo, el paciente debe continuar con el tratamiento aunque ahora no se sienta mejor. Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Estos medicamentos a menudo se recomiendan para tratar el dolor muscular, el dolor articular y la artritis, así como algunos síntomas sistémicos como la fiebre.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos el capítulo resumiendo la importancia de un buen diagnóstico a tiempo para detectar esta enfermedad y el uso del tratamiento médico adecuado para detener el dolor y otros efectos que esta enfermedad puede causar, ya que actualmente no existe una cura para esta enfermedad. Desaparece, es muy doloroso y hay que calmar este dolor.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) podemos ayudar a estas personas con las AVD (actividades de la vida diaria) y brindarles apoyo y compañía en los momentos difíciles, que son muchos. Educar a los cuidadores sobre los síntomas del lupus es importante para desarrollar intervenciones de enfermería que puedan ayudar a los pacientes, sus familias y cuidadores.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <http://scielo.org/es/>.
3. <https://www.evidence.nhs.uk>.

Capítulo 91

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

LOLA SERRANO BELLOT

MARIA LLANOS ALFARO JAVEGA

NEREA PÉREZ-CEJUELA MORENO

LUCÍA MORENO CANO

ROSA MARÍA GARRIDO REQUENA

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica y autoinmune que afecta a la mielina o materia blanca del cerebro y de la médula espinal, provocando la aparición de placas escleróticas que impiden el funcionamiento normal de esas fibras nerviosas. Destruye la mielina, la sustancia que rodea y protege las células nerviosas.

El daño ralentiza o bloquea el flujo de mensajes entre el cerebro y el cuerpo, lo que puede causar síntomas de esclerosis múltiple. Se desconoce la causa de la esclerosis múltiple, pero se sospecha que un virus o un antígeno desconocido de algún modo desencadenan un mal funcionamiento en el sistema inmunitario que hace que el cuerpo ataque su propia vaina de mielina.

La esclerosis múltiple afecta a las mujeres con más frecuencia que a los hombres. Por lo general, comienza cuando comienza a trabajar entre los 20 y los 40 años. Uno de los síntomas de la Esclerosis Múltiple, es que más afecta la calidad de vida de las personas con el dolor. Es un síntoma complejo que puede manifestarse de muchas maneras. La medicina y un enfoque interdisciplinario pueden ayudar. Este dolor también puede dificultar la realización de ciertas actividades diarias, aumentar los niveles de ansiedad y dificultar el descanso y el sueño tranquilo.

2 Objetivos

Describir los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los pacientes con esclerosis múltiple.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se llevó a cabo una búsqueda en artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, así como en los principales buscadores de internet como es Google, utilizando palabras clave.

4 Resultados

Las funciones de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la esclerosis múltiple son las que se exponen a continuación y es de vital importancia realizarlas de manera correcta y segura para evitar complicaciones con los pacientes que sufren de esta enfermedad:

- Ayudarán a las personas afectadas a comprender la información relacionada en el proceso de su enfermedad, como: sintomatología, pruebas diagnósticas, evolución, pronóstico, tratamientos.
- Mantener y proporcionar independencia para que poder realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVD)
- Colaborarán con el equipo multidisciplinario en todas las prácticas que sean necesarias aplicar al paciente en cualquier momento.
- Enseñarán de manera correcta y de forma segura la administración de los medicamentos prescritos y observar si hay algún tipo de efectos.
- Realizarán un control de adherencia al tratamiento de la persona que lo recibe.
- Prevenir y paliar complicaciones secundarias a la enfermedad, que no agraven en ningún momento el bienestar ni la calidad de vida.

- Detectarán riesgos o problemas para la salud, mediante las consultas de otras fuentes de información que haya disponibles para tener seguro como actuar si hay algún contratiempo
- Elaborarán un plan de cuidados en función del proceso de atención de Enfermería adecuado a cada paciente con EM
- Educarán en autocuidados: cómo reconocer y actuar ante un brote, medidas higiénico-dietéticas, etc., usando un lenguaje sanitario que puedan entender la persona que padezca la enfermedad
- Educarán sanitariamente: informar sobre los síntomas que pueden aparecer en la evolución de la enfermedad que sea con un lenguaje entendible por la persona interesada y que padezca la EM
- Lograrán una buena adaptación a la enfermedad, una mayor adhesión al tratamiento y una mejor calidad de vida para que le haga llevar lo mejor posible la situación que conlleva esta enfermedad tanto al enfermo como a su familia.

5 Discusión-Conclusión

Debido al ritmo de nuestra vida, el trabajo que realizamos, el tipo de alimentación y el clima en el que vivimos, todo ello puede propiciar el desarrollo de este tipo de enfermedades. Los efectos de la ansiedad y el sueño sobre la percepción del dolor parecen ser inequívocos, al igual que los efectos opuestos del dolor sobre el aumento de la ansiedad y la dificultad para lograr un sueño reparador.

Los auxiliares de enfermería juegan un papel muy importante con este tipo de pacientes, ya que necesitan ayudarlos psicológicamente para que acepten con normalidad estos nuevos cambios en su vida diaria.

6 Bibliografía

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

Capítulo 92

EL EQUIPO DE TÉCNICOS DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

LOLA SERRANO BELLOT

MARIA LLANOS ALFARO JAVEGA

NEREA PÉREZ-CEJUELA MORENO

LUCÍA MORENO CANO

ROSA MARÍA GARRIDO REQUENA

1 Introducción

La unidad de neonatología, es una planta del hospital donde se ofrece la atención y cuidado del recién nacido que requiere de cuidados especiales.

Abarca la asistencia en el momento del parto, los cuidados al recién nacido que los precisa, así como su correcto traslado al área de incubadoras, si fuera necesario, para su posterior monitorización.

Se controlará en todo momento temperatura de incubadoras y constantes del neonato, organizando el correcto cuidado con el equipo de enfermería, las necesidades específicas del recién nacido.

Esta unidad lleva a cabo la asistencia en paritorio, así como los cuidados básicos e intermedios, en los que se atienden a los neonatos que, sin presentar un estado grave de salud, requieren de vigilancia o cuidados especiales.

En la atención al recién nacido en neonatología es muy importante hacer partícipes a los padres en los cuidados de sus hijos, evitando en la medida de lo posible la separación que el ingreso hospitalario conlleva.

Las unidades de neonatos no graves suelen autorizar a los padres a estar con sus hijos sin limitaciones horarias, buscando así una integración familiar para poder proporcionar al neonato unos cuidados de calidad y facilitando así, con esta actuación, una buena conciliación familiar.

2 Objetivos

Definir las labores y actuaciones establecidas del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la planta de neonatología para un cuidado de calidad al neonato a lo largo de su hospitalización.

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 el momento en el que el bebé pasa de vivir en el útero materno, dependiendo de este entorno para su alimentación, respiración o una correcta hemodinámica, a comenzar su vida extrauterina, supone una transición de cambios muy compleja para él.

Es por esto, que se necesita de un equipo neonatal bien formado y preparado para poder solventar cualquier tipo de situación, ya sea protocolaria o anómala, en el momento en el que la madre está dando a luz y los inmediatamente posteriores. Una vez finalizado el parto, se procede haciendo una valoración del neonato para controlar que el tiempo de gestación, peso y temperatura sean adecuados y que estos le permitan una correcta adaptación a la vida fuera del útero de la madre.

Se controlará también que no exista ningún tipo de anomalías congénitas, la inexistencia de infecciones o ningún tipo de enfermedad metabólica, así como problemas derivados durante la gestación, parto, analgesia o anestesia.

Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la unidad de neonatología, dependerán del estado, situación y necesidades del neonato.

En el caso de un recién nacido que esté con un buen estado de salud y no requiera de cuidados especiales, el TCAE, proporcionará los cuidados básicos como lo son la higiene, con una especial atención al cordón umbilical y controlando siempre su piel y ojos.

El control y posterior registro de la alimentación, de pérdidas como la orina, las heces o secreciones. El cambio de ropa y lencería de cuna, así como de controlar su reposo y sueño.

Todo esto implicando a la madre del neonato siempre que su estado se lo permita y guiando y fomentando la lactancia materna en el caso que la madre haya decidido este tipo de alimentación para el recién nacido, en el caso que decidiera una lactancia artificial, enseñar su correcta preparación y administración.

Si el neonato requiere, por bajo peso, alguna patología o control temporal de cuidados especiales, se procederá a su ingreso en el área de incubadoras, donde se le monitorizará y se le proporcionarán los cuidados básicos más los específicos que requiera.

El TCAE en esta área se encargará, además de los cuidados básicos, de la toma y registro de constantes cada tres horas o el tiempo establecido por el equipo de neonatología.

5 Discusión-Conclusión

- La función del TCAE en esta unidad debe estar basada en la disciplina, ya que, aparte de proporcionar los cuidados básicos del recién nacido, colaborar con los demás profesionales del equipo del servicio neonatal y ayudar a los padres en los cuidados de su hijo, es el profesional que más contacto tiene con el recién nacido a lo largo de su estancia hospitalaria.

Por esto mismo es fundamental estar muy atento a cualquier anomalía, cambio o alteración que pueda observar en el recién nacido mientras realiza este tipo de cuidados para poder comunicarlo, si existiera, al personal de enfermería inmediatamente.

6 Bibliografía

1. www.sciencedirect.com.
2. medlineplus.gov.
3. www.aeped.es.

Capítulo 93

CUIDADOS DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA

FRANCISCA CUCHILLO MARTINEZ

MARÍA DEL PILAR SAIZ CASTILLO

LUISINA ARCURI

PEDRO ENRIQUE MARTINEZ RUIZ

ANA MARIA GOMEZ BERNAL

1 Introducción

La unidad de pediatría está a cargo de brindar atención médica integral a los niños hasta los 14 años, enfocándose en recuperar su salud en el proceso.

La unidad pediátrica se divide en varias secciones, incluida la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la Unidad Pediátrica General, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), Oncología Pediátrica y Cirugía Pediátrica.

La tasa de mortalidad de los niños en este rango de edad ha disminuido como resultado de las mejoras en la salud de los niños, incluidos los recién nacidos y los niños mayores.

Un equipo médico polivalente necesita técnicos en auxiliares de enfermería en las unidades de pediatría porque dan soporte a las necesidades de los niños y las familias en cuanto a alimentación y nutrición, salud y bienestar, y seguridad

y miedo que ocasionalmente pueden surgir. Además, deben recibir formación psicológica y académica especializada.

Empatía y conocimiento de qué hacer en situaciones desafiantes y con enfermedades que amenazan la vida.

Los auxiliares de enfermería trabajan bajo la dirección y supervisión de enfermeras y pediatras. Los pacientes pediátricos deben ver a su médico por primera vez dos semanas después del nacimiento y nuevamente al mes siguiente. A partir de entonces, las visitas regulares de seguimiento y las inmunizaciones deben continuar hasta que el paciente tenga 14 años.

2 Objetivos

- Describir las funciones del auxiliar de enfermería en la unidad de pediatría y la importancia que tienen en un equipo de trabajo.

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo, se realizó un estudio que incluyó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente, una búsqueda de libros y artículos en las principales bases de datos y la selección de artículos científicos de publicaciones académicas arbitradas. Además, se ha utilizado Google para realizar búsquedas.

4 Resultados

Los pacientes pediátricos requieren una atención extremadamente individualizada y una pronta asistencia ya que, dada su corta edad, tienen tendencia a perder la paciencia, lo que dificultaría su tratamiento y diagnóstico. Por lo tanto, el auxiliar de enfermería deberá prestar atención a las necesidades.

Ser consciente del desgaste emocional que supone este puesto por las situaciones difíciles y de dolor que suelen vivir los chicos de estas unidades, como es el caso del servicio de oncología, y estar atento a cada situación que se presente. infantil. Las infecciones de las vías respiratorias, los traumatismos, la diarrea y los vómitos son las enfermedades más frecuentes por las que los niños acuden a los hospitales.

Los niños tienen dificultades para expresar verbalmente su dolor y carecen de autonomía para tomar medidas para disminuirlo o eliminarlo, por lo que también

es crucial prestar atención a sus condiciones fisiológicas.

1. Una medida de la sudoración palmar.
2. Una lectura de la presión arterial.
3. Latido cardíaco arterial.
4. La reacción de la hormona del estrés.
5. Saturación de oxígeno.

Hacer que su estadía sea lo más placentera posible requiere que el auxiliar de enfermería los entienda. Entre sus múltiples características se encuentran las siguientes:

- Hacer un seguimiento de los requisitos dietéticos del paciente y ayudarlo con la ingesta.
- Se recogerá la ropa de cama, se sacarán los elementos que no pertenezcan a la habitación y se limpiará el material utilizado en caso de alta del paciente pediátrico.
- Reabastecer la sala de tratamiento y el suministro de carros de suministros de enfermería.
- Cumplir con los controles y lineamientos para el desarrollo infantil, tales como alimentación, regulación de temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca.
- Asistencia a pacientes jóvenes en hospitales.
- Ayudará a preparar la dieta del paciente, ya sea en persona o por sonda, según sea necesario.
- Educar a las familias sobre las normas y tiempos que se deben cumplir en la planta.
- Detalles sobre limpieza e higiene.
- La delegación de enfermería, con el consentimiento del paciente, administrará la medicación requerida.
- Regulación de la ingesta, evacuaciones y diuresis.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de pediatría supervisa las vacunas, el crecimiento y los exámenes de salud de los niños desde el nacimiento hasta los 14 años para prevenir enfermedades, por lo que es parte del servicio especializado.

Los asistentes de enfermería necesitan la educación y la capacitación adecuadas para desempeñar sus funciones de manera efectiva, rápida y siempre con compasión por los niños que sufren dolor, miedo o ansiedad.

No obstante, permanecerá con el paciente infantil durante toda su estancia hospitalaria, velará por su higiene y alimentación y, en caso necesario, administrará el tratamiento necesario. Con la ayuda de auxiliares de enfermería, los pacientes recibirán una excelente atención, lo que simplificará el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades.

6 Bibliografía

- https://www.buenastareas.com/ensayos/Unidad-Pediatrica-y_
- <https://prezi.com/mhlcdtxkipdo/el-papel-del-tcae-en-pediatria/>.
- www.scielo.org

Capítulo 94

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

FRANCISCA CUCHILLO MARTINEZ

PEDRO ENRIQUE MARTINEZ RUIZ

ANA MARIA GOMEZ BERNAL

LUISINA ARCURI

MARÍA DEL PILAR SAIZ CASTILLO

1 Introducción

Cualquier paciente que necesite atención inmediata en un momento inconveniente debe recibir un buen tratamiento médico y quirúrgico en el departamento de emergencias de un hospital. Debido a que tantas personas pueden acceder a este centro, deben categorizarse constantemente por una variedad de factores. Como resultado, en lugar de ser categorizados por el orden de llegada, serán de acuerdo a la severidad de los síntomas. Para atender situaciones urgentes que demandan recursos hospitalarios pero no se pueden brindar, hace décadas se establecieron los servicios de emergencia.

Las siguientes categorías se aplican a la atención adecuada en los hospitales:

- Urgente Nivel 1: Una condición crítica se destaca en rojo y requiere atención inmediata porque el paciente no puede esperar.
 - Nivel de emergencia 2: Las emergencias se indican con marcas naranjas y requieren una acción inmediata dentro de los 10 o 15 minutos.
 - Nivel de emergencia 3: se indica con un asterisco amarillo y, según la urgencia de la situación, la respuesta puede demorar hasta 60 minutos.
 - Urgente nivel 4: indicado en verde, se visitará en no más de dos horas.
- Después de que la paciente ha pasado por la admisión y el triaje, el técnico auxiliar de cuidados de enfermería suele ser quien la recibe en urgencias.

2 Objetivos

Describir funciones que desempeñan los técnicos auxiliares de enfermería en el servicio de urgencias de un hospital.

3 Metodología

Para desarrollar más este trabajo, se realizó una revisión de la literatura científica existente, incluyendo un análisis bibliográfico sistemático. Se buscaron libros y artículos en las principales bases de datos y se eligieron artículos científicos de publicaciones académicas examinadas. Adicionalmente, se ha empleado el motor de búsqueda de Google.

4 Resultados

El personal técnico de urgencias para los cuidados auxiliares de enfermería debe estar activamente implicado y dispuesto a actuar, cualquier problema potencial que pudiera surgir en estas instalaciones. Es crucial estar cerca de un paciente que sea un profesional capacitado que pueda infundir en los demás la confianza y la tranquilidad que los pacientes requieren. Las funciones serán:

- 1- Mover al paciente al sitio de examen, prepararlo, si es necesario, inmovilizarlo hasta que el médico tenga la oportunidad de examinarlo.
- 2- Revisar sus signos vitales.
- 3- Limpiar y mantener correctamente el equipamiento hospitalario.
- 4- Reunir y almacenar de manera segura las pertenencias del paciente según sea necesario.

5-Ayudar a la enfermera en todo lo que pueda, como insertar sondas o administrar medicamentos.

6- Informar tanto al paciente como a los familiares de todo el funcionamiento del hospital y resolver las dudas que puedan surgir.

7- Siempre que sea necesario, ayudar a los pacientes a tomar medicamentos orales.

8- Verificar que las cajas se mantengan correctamente y que contengan todos los suministros necesarios.

Si bien no es responsabilidad del técnico auxiliar de enfermería evaluar la gravedad de la patología de cada paciente, es nuestra responsabilidad estar preparados para cualquier cosa y asistir al médico y la enfermera en lo que sea necesario. Hay muchas razones diferentes por las que las personas visitan la sala de emergencias. el auxiliar de enfermería, con mayor frecuencia.

Por lo general, es la primera persona en conocer al paciente después de la admisión y el triaje, y le daremos todo lo que necesita respetando siempre su privacidad.

Las razones por las que los pacientes visitan las salas de emergencia varían, por lo que el asistente de enfermería debe tratar con pacientes que tienen una variedad de enfermedades. Los deberes del auxiliar de enfermería suelen ser muy extensos y requieren que pongan en práctica todos sus conocimientos.

5 Discusión-Conclusión

Todos los empleados, desde el equipo administrativo hasta el personal de limpieza, son cruciales para que el servicio de emergencia pueda actuar con rapidez y eficacia. De esta forma, se agiliza la estancia del paciente y se evitan posibles descuidos, protegiéndolo de reclamaciones que fracasarían si se actuara de acuerdo con los procedimientos establecidos.

Finalmente, los auxiliares de enfermería deben ser capaces de trabajar con eficacia, transmitir seguridad y confianza al paciente, haciéndole sentir perfectamente cuidado y respetado, así como saber comportarse en todo momento y en cada situación de acuerdo con los protocolos técnicos de los distintos especialidades y mantener una comunicación constante con el resto del equipo.

6 Bibliografía

- <https://www.scielo.org/es/>
- www.revista-portalesmedicos.com.

Capítulo 95

CONOCIMIENTOS DE LA PREPARACIÓN DE UNA COLONOSCOPIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

FRANCISCA CUCHILLO MARTINEZ

MARÍA DEL PILAR SAIZ CASTILLO

LUISINA ARCURI

ANA MARIA GOMEZ BERNAL

PEDRO ENRIQUE MARTINEZ RUIZ

1 Introducción

El técnico de atención auxiliar de enfermería hablará con los pacientes sobre las colonoscopias. La conmoción o el dolor del paciente deben estar relacionados con el sistema digestivo cuando se habla de colonoscopia. Puede o no ser más agresivo o invasivo según el área que se examine y el paciente.

Podemos encontrar pruebas digestivas como la gastroscopia, a la que, en general, podemos referirnos como prueba de diagnóstico clínico.

Esta prueba proporciona una vista clara del esófago, el estómago y el duodeno desde el tracto digestivo superior usando un pequeño tubo flexible (endoscopio). Debido a que, al igual que con muchas pruebas, durante este procedimiento pueden tomar una biopsia y analizarla o insertar un instrumento para expandir o comprimir el estómago para un examen completo, sirve como método de diagnóstico y tratamiento.

Por supuesto, también está la preparación de la gastroscopia. Nuestra revisión se basa en una colonoscopia, que podemos definir como una prueba utilizada para encontrar cambios o anomalías en el intestino grueso (colon) y el recto.

Durante una colonoscopia, se inserta un tubo largo y flexible llamado colonoscopio en el recto. El médico puede ver todo el interior del colon gracias a una pequeña cámara en el extremo del tubo. Por supuesto, también debe manejarse con cuidado y prepararse.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados o intervenciones que debe realizar el técnico asistencial de enfermería para la preparación de la colonoscopia.
- Reseñar los beneficios terapéuticos de una colonoscopia.

3 Metodología

Realizamos una revisión de la literatura de fuentes en línea que condujo a bases de datos con artículos que describen las acciones o procesos necesarios para prepararse para una colonoscopia.

Medline, Scielo y Cochrane Library fueron las bases de datos utilizadas. Colon, digestivo, intervención y pólipos son términos utilizados en DECS.

4 Resultados

En este tipo de unidades, el papel de los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería es fundamental porque asisten al personal de enfermería y son quienes observan al paciente antes de la intervención; como resultado, deben exudar calma. Como hemos visto, algunos autores aconsejan seguir una dieta, y los pacientes necesitan ponerse en forma tres días antes del examen. Al seguir esta dieta, comienza con una dieta de cero residuos y termina con una dieta líquida de fase 1 que solo requiere líquidos.

Las bebidas deben ser únicamente líquidos claros, como agua corriente, té negro o café sin leche ni crema, caldos y bebidas carbonatadas. Durante una colonoscopia, se debe evitar el líquido rojo que podría confundirse con sangre.

Antes de la prueba, no se le permite comer ni beber nada después de la medianoche para garantizar que la prueba se administre sin interrupción.

Para tener una visión clara del colon el día del examen, también necesitábamos estar preparados para limpiarlo completamente con un enema al mismo tiempo. El régimen actual de medicamentos del paciente debe divulgarse al menos una semana antes del examen, especialmente si tiene diabetes, presión arterial alta, enfermedad cardíaca o si está tomando medicamentos o suplementos que contienen hierro. Puede o no ser más agresivo o invasivo según el área que se examine y el paciente.

Dado que una colonoscopia también puede detectar pólipos que se pueden extirpar o detener el sangrado intestinal colocando una banda gástrica, también se puede decir que sirve como un examen de diagnóstico y terapéutico.

Esta prueba podría tomar alrededor de 60 minutos. Dado que muchos pacientes también están en estado de shock o inconscientes como resultado de una reacción vasovagal, es posible que sea necesario sedarlos.

5 Discusión-Conclusión

Como se mostró, para evitar tener que volver a tomar el examen, el técnico de cuidado auxiliar de enfermería debe ser influenciado por una adecuada preparación del examen. Es fundamental darse cuenta de que esta es una prueba de diagnóstico y que debe restringir su dieta, el uso de enemas y, por supuesto, los medicamentos utilizados, como mencioné anteriormente. También nos dijeron que realizarían una inspección, por lo que debemos tomar esa información en serio.

En conclusión, quienes se someten a este tipo de pruebas son quienes se han realizado otras y tienen motivos para creer que la lesión está en el colon. Es un procedimiento radical y normalmente se necesita sedación.

6 Bibliografía

- Perforación por colonoscopia: incidencia, manejo y resultados. Am J Surg 2004;70:750-757.
- Historia de los instrumentos de endoscopia gastrointestinal. Endoscopia gastrointestinal. 1991;37:S27-56.

Capítulo 96

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (T.C.A.E.) EN EL ÁMBITO SANITARIO: EPISTAXIS POSTERIOR ESPONTÁNEA

FERNANDA RAQUEL ARIAS ROMERO

M ÁNGELES DIAZ-MEDINO MURCIA

M PRADO SÁNCHEZ DÍAZ TOLEDO

M MERCEDES SANCHEZ CASADO

ROCIO DEL POZO CABALLERO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar el protocolo de actuación del TCAE (técnico en cuidados de auxiliar de enfermería) con paciente con epistaxis posterior al que se le va a remitir con inserción de balón y de los cuidados posteriores.

Pero, ¿qué es la epistaxis?

El sustantivo femenino epistaxis proviene del vocablo griego ἐπίσταξις, y hace referencia a una hemorragia de las vías respiratorias altas.

Hablando con terminología médica podríamos decir que existen dos tipos de epistaxis: anterior y posterior, es a esta última a la que le vamos a dedicar este capítulo.

La epistaxis posterior (hemorragia nasal) requiere con mucha frecuencia la hospitalización del paciente donde se procede al control de la hemorragia administrando vasoconstrictores o realizando un taponamiento con balón.

El control de la epistaxis posterior con balón está totalmente contraindicado en caso de que el paciente:

- Pueda tener fractura en la base del cráneo.
- Tenga un traumatismo óseo maxilofacial.
- Presente un traumatismo nasal.
- Tenga inestabilidad hemodinámica.

Tampoco debe intentarse remitir una epistaxis posterior con balón cuando:

- El paciente tenga el tabique desviado hacia el lado sangrante.

La técnica del balón para remitir la epistaxis posterior puede ocasionar complicaciones al paciente como: lesión, sinusitis, otitis, introducción del catéter en la base del cráneo, disfagia, etc.

2 Objetivos

- Dar a conocer las principales actuaciones que se llevan a cabo los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería durante la remisión de una epistaxis posterior a través de balón.
- Poner en conocimiento los cuidados generales posteriores del paciente al que se le ha insertado balón para remitir epistaxis

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.

Libros de Texto.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el ámbito sanitario, epistaxis, etimología de epistaxis, tipos de epistaxis, cuando no debe realizarse la remisión de una epistaxis con balón y protocolo de actuación para llevar a cabo la remisión de una hemorragia posterior con balón.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban: funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el ámbito sanitario, epistaxis, etimología de epistaxis, tipos de epistaxis, cuando no debe realizarse la remisión de una epistaxis con balón y protocolo de actuación para llevar a cabo la remisión de una hemorragia posterior con balón, artículos con una antigüedad inferior a 10

4 Resultados

Protocolo de actuación del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería para llevar a cabo la remisión de una epistaxis posterior con balón:

Funciones del TCAE:

Preparar material: Guantes no estériles, bata, monitor cardiaco, oxímetro de pulso, angiocatéter con diámetro igual o superior a l8, suero fisiológico al 0,9%, fármacos anestésicos, gasas estériles, cubeta, fuente de aspiración, sillón de otorrinolaringología ,catéter de aspiración, espéculo nasal, fuente de luz ajustable, bajalenguas, pinzas, balón, catéteres, torundas de algodón , etc.

Lavarse las manos y ponerse los guantes.

Acomodar al paciente en el sillón de otorrinolaringología (sentado y con la cabeza extendida y los ojos a la altura de la nariz del FEA) .

Preguntar al paciente si toma anticoagulantes.

FEA:

- . Iniciar medicación.
- . Solicitar analítica.

DUE:

- . Conectar al paciente al monitor cardiaco.
- . Conectar el oxímetro del pulso al paciente.
- . Aspirar conducto nasal para eliminar coágulos.

FEA:

- . Aplicar fármaco vasoconstrictor o anestésico durante diez o 15 minutos.
- . Insertar el espéculo nasal y examinar la nariz y/o la orofaringe para determinar el lugar de donde proviene el sangrado.
- . Colocar catéter con balón para obturar el sangrado posterior.

TCAE:

- . Recoger todo el material utilizando (desechando lo no reutilizable y desinfectando lo reutilizable procediendo según protocolos de actuación para ello).
- . Acomodar al paciente en silla o camilla para que sea trasladado a hospitalización.
- . Retirar guantes.
- . . Realizar lavado higiénico de manos.

Cuidados posteriores del paciente al que se le ha insertado balón para remitir epistaxis:

- No tomar ni aspirina ni antiinflamatorios no esteroides al menos cuatro días después de la inserción del balón.
- De 7 a 10 días debe tomar el antibiótico prescrito.

- Retirar catéter entre las 48 y 72 horas de su implantación, previo desinflado del balón.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia que el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería conozca todos y cada uno de los materiales que puedan ser utilizados en la remisión de una epistaxis posterior por inserción de balón ya que con esto evitará esperas innecesarias del paciente y del facultativo que está llevando la técnica para que le llevemos el material que le falte, por otro lado debe conocer la diferencia de una epistaxis anterior y posterior (ya que la segunda es mucho más grave que la primera), debe conocer la posición del paciente en el sillón para que el facultativo pueda realizar la técnica de forma más sencilla y cómoda y saber los cuidados posteriores que debe seguir el paciente tras ser sometido a la inserción de un balón, todo ello contribuirá a ofrecer el sistema sanitario de calidad que se merece el paciente.

6 Bibliografía

Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill. <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/c%C3%B3mo-hacer-procedimientos-de-nariz/c%C3%B3mo-tratar-la-epistaxis-posterior-con-un-bal%C3%B3n>

Wikipedia.

Estatuto de Personal Sanitario no facultativo de la Seguridad Social de 26 de abril de 1973.

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. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.

<https://revistas-portalesmedicos.com>

Rudmik L, Smith TL: Management of intractable spontaneous epistaxis. Am J Rhinol Allergy 26(1):55-60, 2012.

Christensen NP, Smith DS, Barnwell SL, et al: Arterial embolization in the management of posterior epistaxis. Otolaryngol Head Neck Surg 133:748-753, 2005. doi: 10.1016/j.otohns.2005.07.041

Capítulo 97

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE EL AMORTAJAMIENTO DEL PACIENTE FALLECIDO

FRANCISCO JAVIER CAMACHO BURGOS

ANA BELÉN SERRANO GARCÍA

IVAN CAMACHO BURGOS

1 Introducción

En los centros sanitarios se conoce al amortajamiento de un paciente fallecido a las actuaciones de preparación llevadas a cabo sobre el cadáver para que pueda ser trasladado por el servicio funerario. Dichas actuaciones consisten en la retirada de sondas, drenajes, vías ... que tenga el paciente y el aseo para introducirlo en el sudario.

Esta actuación será llevada a cabo cuando el médico haya certificado la muerte, no pudiendo ser realizada previamente a la certificación de la hora de la muerte. Del mismo modo, los cuidados post-mortem deberán ser realizados antes de que aparezcan los signos de rigor mortis.

La actuación de amortajamiento deberá ser realizada en la mayor intimidad posible, por lo que se pedirá a los familiares que abandonen la habitación y si en

la habitación hay otro paciente, se pedirá a los acompañantes que abandonen la habitación y se pondrá un biombo o cortina para proporcionar intimidad y respeto al paciente recién fallecido y para proporcionar tranquilidad al otro paciente, ya que se encontrará en un estado de nervios muy alto con el destino del compañero.

El fallecimiento deberá ser registrado por el médico que ha certificado la muerte en la historia clínica del paciente, indicando la fecha y la hora de la muerte.

2 Objetivos

- Enumerar los pasos a seguir por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el amortajamiento de un paciente fallecido en un centro hospitalario.

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

PROCEDIMIENTO LLEVADO A CABO POR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA DURANTE EL AMORTAMIENTO DE UN PACIENTE RECIÉN FALLECIDO

- Una vez certificada la muerte por parte del facultativo, avisar al celador para que ayude al técnico en cuidados auxiliares de enfermería con la movilización del recién fallecido durante el amortajamiento.
- Preparar el material necesario a utilizar durante el amortajamiento.
- Utilizar guantes desechables.
- Si el paciente tenía un aislamiento, utilizar los medios de protección indicados para el aislamiento que tuviera el paciente.
- Posicionar al fallecido en decúbito supino y retirar los objetos personales para entregarlos a la familia.
- Retirar la ropa de cama y el camisón o pijama.

- Cerrar los párpados y sujetar la mandíbula con una venda a la cabeza para que no se le abra la boca.
- Retirar sondas, catéter, drenajes, vías... esta acción será realizada con la ayuda del enfermero responsable del paciente.
- Taponar con algodón los orificios por los cuales pueda salir algún líquido, sangre o secreción. Taponar con gasas o compresas las heridas que puedan sangrar.
- Llevar a cabo un aseo del cadáver con agua, jabón y una esponja, eliminando restos de sangre, secreciones, etc...
- Colocar los brazos cruzados sobre el pecho, o a lo largo del cuerpo.
- El celador movilizará al recién fallecido lateralizándolo hacia él mientras el técnico en cuidados auxiliares de enfermería le pone un pañal limpio, si es necesario, y le coloca el sudario.
- El celador dará media vuelta y girará al fallecido lateralizándolo hacia el otro lado para que el tcae coloque el pañal y saque el sudario.
- Posicionar al fallecido en decúbito supino y cubrir con una sábana.
- Cerrar el sudario y etiquetar al paciente con una pegatina identificativa.
- Cubrir el sudario con otra sábana y colocar otra pegatina identificativa.
- El celador será el encargado de trasladar al fallecido al mortuario o tanatorio del centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo científico titulado “Funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el amortajamiento del paciente fallecido” nos demuestra la actuación llevada a cabo por el equipo profesional responsable del paciente recién fallecido durante el amortajamiento.

Es importante destacar que esta función será realizada en exclusiva por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, sin embargo, el enfermero responsable se deberá encargar de la retirada de sondas, vías, drenajes... Del mismo modo, el celador ayudará al auxiliar con la movilización del paciente durante el amortajamiento, corriendo a cargo suyo el traslado del paciente hasta el mortuario.

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 98

QUEMADURAS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA HOSPITALIZACIÓN

MARIA DE LOS LLANOS DÍAZ PÉREZ

ALMUDENA DÍAZ PÉREZ

NOELIA DÍAZ PÉREZ

MARIA JOSÉ VIZCAYA SÁNCHEZ

AITANA ESPARCIA VIZCAYA

1 Introducción

Se denominará quemadura a la lesión que resulta de un contacto prolongado con agentes calóricos, químicos, electrónicos o ionizantes y daña los tejidos blandos y órganos del cuerpo.

Frente a infecciones e invasiones de microorganismos, la piel actúa como una barrera física para proteger el organismo. Esta barrera se rompe por una lesión por quemadura, lo que permite que las bacterias entren en la piel a través de heridas abiertas y ataquen la piel, cambiando el sistema inmunológico.

Cumpliremos con los procedimientos establecidos para el cuidado y la evaluación tan pronto como tengamos un paciente con quemaduras. Es imprescindible tenerlo desde el primer momento para poder valorar una quemadura.

Veremos más adelante que se tienen en cuenta la profundidad y la extensión. Debemos considerar esto en el contexto de cuánto tiempo el agente ha estado en contacto con el cuerpo de la víctima en lugar de tenerlo en cuenta de forma aislada.

Habrán diferencias en las sustancias que pueden causar quemaduras:

- Térmica:

Tanto el frío como el calor pueden provocar quemaduras (congelación).

- Sustancias que son químicas: gases, así como ácidos y álcalis.

- Potencia radiante.

Menos comúnmente son:

1. Quemaduras o escaldaduras por líquido caliente:

Se debe considerar la cobertura o apertura de la ubicación.

2. Quemado por una llama:

Es importante tener en cuenta si se cubrió o no, ya que, de hacerlo, la fuente de calor permanecería más tiempo allí y la ropa se pegaría a las capas dérmica y subdérmica, favoreciendo la contaminación de la lesión y complicando los primeros auxilios.

3. Quemaduras provocadas por productos químicos:

La duración del contacto de los agentes nocivos con el área afectada del cuerpo y la rapidez con la que se elimina el foco causante de la quemadura determinarán la extensión de la lesión y sus efectos secundarios en las quemaduras químicas.

4. Quemaduras por electricidad:

Estas quemaduras tienen la particularidad de que la cantidad de daño variará según el voltaje y cómo se generó. Debido a que son más graves de lo que parecen, las quemaduras de este tipo requieren precaución.

Es crucial comprender que algunas partes del cuerpo afectadas, incluida la cara, las áreas distales como los pies y las manos y el perineo, son más vulnerables a discapacidades graves.

2 Objetivos

Conocer y ser capaz de distinguir entre quemaduras de primer, segundo y tercer grado según la gravedad y la profundidad de la quemadura por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una vez que conocemos los diferentes factores que pueden desencadenar una quemadura, vamos a ver los diferentes tipos de quemaduras dependiendo de la profundidad, las podemos dividir en tres:

Grado 1. No se presentan exudados ni ampollas. Tienen un eritema bastante doloroso, extremadamente intenso. Por lo general, se recuperan en una semana.

Grado 2: Afectación de la Dermis y la epidermis. Como consecuencia de ellos se producen flictenas o ampollas. Duelen mucho porque las terminaciones nerviosas que no están dañadas pero se irritan.

Las quemaduras de grado 2 se pueden dividir en:

1.- Quemaduras de segundo grado que sean superficiales:

La capa más externa de la piel se ve afectada. Por lo general, se curan en tres semanas, pero la cama flictena parece intensamente hiperémica.

2. -Una quemadura profunda de segundo grado:

En todo su espesor, tiene un impacto sobre la epidermis y la dermis profunda. La cama de flictena se ve pálida porque el suministro de sangre generalmente se ve obstaculizado por su profundidad y, por lo general, tardan cuatro semanas en sanar. Por tanto, debemos abrir las ampollas para distinguir las quemaduras de segundo grado. El cabello y las glándulas sebáceas pueden perderse en quemaduras de esta gravedad.

Grado 3: Se ven afectados la epidermis, la dermis y el tejido subcutáneo. Ocasionalmente puede penetrar huesos, músculos y tendones. Se puede ver una variedad de colores, que incluyen blanco, pálido (blanco perlado) y carbónico (causado por calcinación o vasos trombosados). Como resultado de la destrucción de las terminaciones nerviosas, no son dolorosas. Al injertar, se recuperan, según la gravedad de la quemadura.

Para determinar la extensión de la quemadura, debemos considerar no solo su profundidad, sino también a qué parte del cuerpo afecta. También debemos cal-

cular el porcentaje de la superficie quemada.

Una vez que somos conscientes de los distintos tipos de quemaduras, podemos determinar cómo debemos proceder inicialmente:

- Detener el proceso de quema negociando con el agente responsable de la misma. Comenzaremos el tratamiento tan pronto como se reduzcan los riesgos.
- Comprobar la permeabilidad de las vías respiratorias: Para estos pacientes, se cree que la obstrucción de las vías respiratorias inducida por edema es la causa más significativa y vital.
- Reposición de líquidos: Determina cuánto líquido necesitarás para reponer los líquidos perdidos.
- Administrar analgésicos: Dado que en las quemaduras dérmicas superficiales y profundas se destruyen las terminaciones nerviosas, estas lesiones son las más dolorosas. Independientemente de la gravedad de la lesión, siempre se administrará una vacuna contra el tétanos.
- La administración de antibióticos: Es necesaria en tres situaciones: patología previa, quemaduras respiratorias y estado infeccioso nosocomial.

5 Discusión-Conclusión

Una vez que somos capaces de distinguir entre quemaduras de varias intensidades, es crucial comprender la extensión de la lesión, siendo la afectación dérmica la más grave.

Para realizar una evaluación inicial del paciente quemado, debemos ser conscientes de las circunstancias del paciente: Tomar los signos vitales, reponer los líquidos perdidos, limpiar bien las quemaduras y administrar analgesia. Conocer la edad y las patologías del paciente es fundamental.

Los pacientes ingresados en un hospital o centro/unidad de quemados con las características antes mencionadas se denominan "quemados mayores", lo que hace referencia a la mayoría de las complicaciones.

Dado que la piel sirve como una barrera protectora, cualquier daño en ella permitirá la entrada de gérmenes, lo que provocará la aparición de un shock séptico.

6 Bibliografía

1. Armesin A, Seijas C Quemaduras. JANO 2003 64:58-59.
2. Fondon Robledo L, Guillen Rico M, Marra Gracia J.M, Grande Vaquero M. V.

Capítulo 99

ACTUACIÓN DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER

MARIA DE LOS LLANOS DÍAZ PÉREZ

ALMUDENA DÍAZ PÉREZ

NOELIA DÍAZ PÉREZ

AITANA ESPARCIA VIZCAYA

MARIA JOSÉ VIZCAYA SÁNCHEZ

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es una forma de demencia que empeora con el tiempo, lo que imposibilita al paciente realizar incluso las tareas diarias más básicas debido al grave deterioro cognitivo que afecta tanto el comportamiento como el pensamiento y la memoria.

No hay posibilidad de recuperar las capacidades cognitivas perdidas porque los síntomas empeoran muy lentamente con el tiempo.

Leve (etapa temprana), moderada (etapa intermedia) y grave (etapa tardía) son las diversas etapas de la enfermedad.

La pérdida de memoria, la pérdida de orientación en el tiempo y el espacio, la dificultad para realizar tareas rutinarias, la dificultad para resolver problemas y

mantener las cosas en su lugar son solo algunas de las señales de advertencia de que alguien puede estar desarrollando la enfermedad.

Es crucial practicar la prevención para fortalecer el cerebro y reducir el riesgo de Alzheimer practicando ejercicios particulares, como practicar actividades intelectuales (ajedrez, lectura, crucigramas, etc.) que mantienen la mente alerta y crean barreras contra esta enfermedad.

Para brindar un cuidado de calidad, el profesional de enfermería debe conocer las actividades que son beneficiosas para este tipo de pacientes, así como los cuidados que debe brindar.

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno del cerebro que empeora con el tiempo. Se caracteriza por cambios en el cerebro que derivan en depósitos de ciertas proteínas. La enfermedad de Alzheimer hace que el cerebro se encoja y que las neuronas cerebrales, a la larga, mueran.

Es la causa más común de demencia, un deterioro gradual en la memoria, el pensamiento, el comportamiento y las habilidades sociales. Estos cambios afectan a la capacidad de funcionamiento de una persona.

2 Objetivos

- Conocer los síntomas de la enfermedad de un paciente que tiene Alzheimer por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

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 personal médico debe considerar una variedad de factores y desarrollar intervenciones cuando brinda atención a un paciente con Alzheimer, que incluyen:

- Presentarse al paciente, describiendo quienes somos, qué hacemos y quiénes son los demás miembros del equipo.
- Mostrar intimidad, empatía y seguridad.

- Mantener el contacto visual.
- El tacto puede tranquilizar.
- Utilizar un lenguaje sencillo para describir al paciente las acciones que se van a realizar.
- Examinar el lenguaje corporal del paciente y descifrar su significado subyacente.
- Examinar la postura, la expresión facial y otros factores.
- Reconocer las señales de dolor del paciente.
- Establecer un ambiente rutinario, ordenado y tranquilo.
- Comprobar si hay síntomas depresivos en el paciente.
- Examinar sus hábitos intestinales; lo mejor es llevarlo al baño a la misma hora todos los días.
- Animar al paciente a compartir experiencias personales y hechos pasados.
- Prestar atención al paciente y hablar con él en la conversación.
- Motivar al paciente a hacer ejercicio.
- Difundir el conocimiento de los métodos de relajación.
- Mantener un horario regular de salida y evitar que el paciente duerma durante el día.
- Incluir a los familiares en la atención al paciente.
- Ayudar al paciente a comer, asearse, etc. en caso de que no pueda hacerlo por sí mismo.
- Proporcionar a la familia del paciente educación sanitaria sobre las actividades agradables para el paciente y las posibles opciones de tratamiento.
- Hacer una lista de las tareas diarias del paciente para que sean recordadas por él también es conveniente para la familia.
- Indicar a la familia del paciente que ayude en las tareas diarias como barrer, doblar la ropa, poner y quitar la mesa, etc.
- Para prevenir caídas, recomendamos usar calzado con suela antideslizante.

5 Discusión-Conclusión

El Alzheimer es una enfermedad que se desarrolla de forma muy paulatina hasta hacer que el paciente se vuelva completamente dependiente. Para frenar la progresión de esta complicada enfermedad, que tiene una patología muy compleja, se debe tener especial cuidado.

Brindando estrategias que ayuden al paciente a desarrollar mejor su vida diaria y a conservar su independencia por el mayor tiempo posible, la enfermería es una profesión clave en el tratamiento de esta enfermedad.

Para que los miembros de la familia ayuden al paciente a mantener la independencia durante el mayor tiempo posible, es crucial educarlos sobre temas de salud.

6 Bibliografía

1. Cuidados de enfermería al anciano enfermo de Alzheimer (2003-2008). *Enfermería Global*, 8(3).

Capítulo 100

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE PACIENTES CON ACCESOS VASCULARES PERIFÉRICOS

MARIA DE LOS LLANOS DÍAZ PÉREZ

ALMUDENA DÍAZ PÉREZ

NOELIA DÍAZ PÉREZ

AITANA ESPARCIA VIZCAYA

MARIA JOSÉ VIZCAYA SÁNCHEZ

1 Introducción

Una de las técnicas más comunes utilizadas por las enfermeras en la prestación de atención médica es el uso de accesos venosos con ayuda del auxiliar de enfermería. Un paciente que ingresa en el hospital puede ser portador de varias vías venosas y puede necesitarlas desde unas pocas horas hasta varias semanas. No se discuten las ventajas y beneficios del uso del acceso venoso para administrar tratamientos, medicamentos y soluciones terapéuticas en situaciones que requieren atención médica y quirúrgica, así como en la prevención y manejo de cualquier uso de la salud.

El uso del acceso venoso es un procedimiento invasivo con una variedad de usos y ventajas, pero no está exento de dolor e incomodidad o riesgo de complicaciones.

El acceso venoso es una puerta de entrada para que los microorganismos ingresen al torrente sanguíneo y eviten la barrera de la piel, lo que puede provocar una variedad de complicaciones, que van desde las menores y localizadas, como la flebitis, hasta las más graves.

La embolia es una afección grave y generalizada.

En los últimos años, se ha incrementado el uso de los denominados catéteres mid-line. Son catéteres de entre 8 y 25 cm de longitud que se insertan periféricamente a través de los vasos anterocubitales del brazo, con la punta del catéter colocada en el paquete vascular debajo de la axila, dejando tanto una ubicación periférica como una ubicación central.

2 Objetivos

- Los objetivos de este capítulo son describir las funciones que tiene el auxiliar de enfermería en pacientes de este tipo.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el contexto de la práctica clínica actual, se tiene en cuenta tanto el bienestar del paciente como los costes de las intervenciones más rentables en cada situación. Se desea que la terapia intravenosa requerida para tratar los problemas del paciente tenga los menores riesgos y complicaciones humanamente posibles. Esto trae de vuelta el uso de catéteres de línea media como sustituto para evitar los problemas secundarios asociados con el uso de catéteres venosos periféricos, como la flebitis, así como los catéteres venosos centrales y los catéteres centrales de inserción periférica (PICC). Además de ser extremadamente costosos para tratamientos a corto plazo, insertados periféricamente no son inmunes a efectos secundarios más graves como la bacteriemia.

Hoy en día, su uso vuelve a prevalecer en campos donde predomina la evidencia científica y las necesidades clínicas, la eficiencia de la práctica y el costo son consideraciones clave.

Los catéteres de línea media son catéteres mínimamente invasivos de inserción periférica que evitan complicaciones tempranas y evitan la necesidad de punciones adicionales que pueden ser necesarias con catéteres cortos. Dado que se insertan en el brazo y no en el antebrazo como ocurre con los catéteres cortos, pueden alcanzar venas de longitud y diámetro considerables.

Por lo general, se coloca en la vena basilica o cefalica, y el extremo distal permanece en el paquete vascular debajo de la axila. Según, para su implantación se emplea la técnica de Seldinger clásica o modificada.

Deberemos punzar con una sonda de ultrasonido mientras usa un dilatador. Como no son catéteres centrales, se puede verificar su colocación sin una radiografía de tórax.

Estos catéteres están fabricados con materiales altamente biocompatibles, lo que reduce la posibilidad de dañar la pared íntima de la vena. También tienen una alta resistencia química, lo que significa que los medicamentos no los debilitan. Permiten la administración de soluciones con una osmolaridad de no más de 500 mOsm y un rango de pH de 5 a 9. Son adecuados para terapias típicamente administradas a través de un catéter periférico breve.

5 Discusión-Conclusión

Se buscan alternativas a la terapia intravenosa que satisfagan las necesidades del paciente para mejorar la calidad de la atención y reducir los costos del tratamiento. Por ello, y de acuerdo con los datos científicos, descubrimos los catéteres de línea media, que aportan seguridad al paciente y al personal de enfermería, permiten tratamientos más duraderos, utilizan materiales de alta compatibilidad y ofrecen menos infecciones. Las líneas medias se han relacionado con tasas más bajas de flebitis que los catéteres periféricos cortos y tasas de infección más bajas que los catéteres venosos centrales.

A diferencia de los catéteres periféricos cortos, son mucho más duraderos, duran hasta 4-6 semanas y permiten la infusión de soluciones casi idénticas.

Los catéteres de línea media son un método seguro y eficaz de terapia tanto continua como intermitente cuando los utilizan profesionales de enfermería cualificados y se manipulan con cuidado.

6 Bibliografía

1. Catéter venoso medial o midline (mvc). Rev. Rol enferm (2014):36-41.

Capítulo 101

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS

VIRGINIA SANCHEZ GARCIA

ALICIA AVILEO VELASCO

ANA ISABEL DELGADO OCAÑA

CRISTINA SANCHEZ GARCIA

MARIA SAGRARIO GONZALEZ VIDAL

1 Introducción

Las funciones y tareas que desempeñan los auxiliares de enfermería en el servicio de consultas externas, a menudo, comparten similitud con las realizadas por el resto de los auxiliares de enfermería en el centro hospitalario. Sin embargo, las funciones se alejan de la funcionalidad realizada en otras unidades hospitalarias y son las otras aquellas que demanda dicho servicio, enfocadas en mayor medida, en la colaboración e información a los pacientes.

Los pacientes que acuden a las consultas externas, sea cual fuera la misma, pueden hacerlo desde la demanda del médico de familia del centro de atención

primaria, que deriva a su hospital de referencia a los mismos y a las necesidades de especialistas que necesitan.

Otra manera de acceder a las consultas externas es desde el propio servicio de urgencias hospitalarias o desde cualquier unidad del propio hospital. La última modalidad de acceder a las consultas externas, consiste en la derivación de otro hospital, bien por sobrecarga de sus consultas o por la falta de especialidad referida.

El auxiliar de enfermería en el servicio es parte integrante del equipo que atiende a los pacientes que acuden al mismo, colaborando con la enfermera o el especialista indicados, tanto de manera asistencial como de acompañamiento e información.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento del servicio de consultas externas hospitalarias.
- Conocer las funciones que realiza el auxiliar de enfermería en el servicio de consultas externas hospitalarias.

3 Metodología

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

Las funciones del auxiliar de enfermería en el servicio de consultas externas hospitalarias, pueden resumirse en las siguientes:

-Funciones de información. El auxiliar de enfermería es el encargado de ofrecer toda la información que el paciente o sus allegados le demanden. Esta información estará referida a la ubicación de las consultas que constan en la citación, al tiempo de espera hasta su entrada en consulta, así como al nombre del especialista encargado de atenderle.

Esta información, del mismo modo, estará orientada a la ubicación de otros servicios o unidades del centro hospitalario, pues, no se puede olvidar que la entrada

a las consultas externas, también, en muchas ocasiones es otra de las entradas al centro sanitario.

-Funciones administrativas. El auxiliar de enfermería suele ser quien programa las citas de los pacientes en las agendas diarias. Estas agendas las comprueba a primera hora antes del comienzo de la consulta, comprobando el listado de los pacientes de la jornada. Una vez que se llama al paciente, comprueba que su cita esté programada correctamente, fecha y hora de la misma, y especialidad.

En estas tareas se incluyen también la atención de las llamadas telefónicas, ya sean, desde el interior del propio hospital, como desde el exterior del mismo. Los informes emitidos por los especialistas son remitidos por el auxiliar de enfermería a las distintas unidades hospitalarias receptoras o cuando son externos, al médico de familia encargado del paciente.

-Funciones asistenciales. El auxiliar de enfermería colabora con el especialista en la colocación del paciente en la respectiva camilla de la consulta para su estudio y exploración, preservando su intimidad con una sabanilla, que se cambiará en cada paciente.

Otras funciones están entendidas en el orden y colocación de material en la propia sala, así como la reposición de cualquier elemento necesario, como toallas, sabanillas, suapeles, etc.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto en el presente trabajo, se destaca el papel que cumplen los auxiliares de enfermería en el servicio de consultas externas. De este modo, el profesional sanitario de este servicio desempeña numerosas funciones. En este sentido, se puede afirmar que el auxiliar de enfermería debe ser un profesional que conozca los espacios, ubicaciones, departamentos, etc., del centro sanitario.

Todas estas funciones contribuyen a afirmar que el auxiliar de enfermería es una pieza clave en el apoyo organizativo del servicio de consultas externas, convirtiendo al mismo servicio en un claro ejemplo de atención y calidad, tanto a los pacientes que acuden con su cita, como a los familiares y allegados que le acompañan.

6 Bibliografía

1. Funciones del auxiliar de enfermería en el Servicio de Consultas Externas. Disponible en: <https://congresotcae.com>.

2. El auxiliar de enfermería en el servicio de consultas externas. Disponible en:
<https://congresotcae.com>.

Capítulo 102

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGÍA

VIRGINIA SANCHEZ GARCIA

ALICIA AVILEO VELASCO

ANA ISABEL DELGADO OCAÑA

CRISTINA SANCHEZ GARCIA

MARIA SAGRARIO GONZALEZ VIDAL

1 Introducción

Dentro de los servicios que ofrece la institución sanitaria se encuentran las Pruebas Especiales de Cardiología o PPEE de Cardiología. Esta unidad se encuentra en los Hospitales Generales, siendo de referencia para otros hospitales y centros sanitarios que no cuentan con la misma.

Esta unidad atiende, tanto a los pacientes que acuden con una cita programada como a los propios pacientes ingresados en el hospital, por lo que es una unidad donde la carga de trabajo diario es grande, y el trasiego de familiares y pacientes abundante.

Electrocardiogramas, Holters, Eco-stress, Ecocardiós, pruebas de esfuerzo, son algunas de las pruebas que se desarrollan en estas unidades, que cuentan con un equipo de profesionales variopinto, como especialistas en Cardiología, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAES) y celadores.

La unidad de Pruebas de Cardiología suele situarse cerca de la planta de hospitalización de cardiología, puesto que los mismos especialistas que pasan planta, realizan las diferentes pruebas en la unidad. Está conformada por distintas salas donde se desarrollan los diferentes tipos de pruebas que se han mencionado anteriormente.

El auxiliar de enfermería que cumple sus funciones dentro de esta unidad estará al cargo de los pacientes de las distintas salas, tanto de los que están ingresados en el hospital como de los que acuden a las citas programadas.

2 Objetivos

- Conoce el funcionamiento del servicio de pruebas especiales de cardiología.
- Describir las funciones que desarrolla el auxiliar de enfermería en las pruebas especiales de cardiología.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico de auxiliar de enfermería está destinado en las distintas salas que componen la unidad de pruebas especiales de cardiología. Así estará asentado en la sala de electrocardiograma, sala de holter y pruebas de esfuerzo, y sala de ecoestrés. A continuación se detallarán las funciones realizadas en cada una de las salas.

- Funciones del auxiliar de enfermería en la sala de electrocardiogramas.
- Tanto los pacientes que acuden con la cita programada, como los que están ingresados en el centro hospitalario, a realizarse un electrocardiograma, el auxiliar

de enfermería es el encargado, según el listado diario, de solicitar o nombrar al paciente en su turno de la prueba.

El auxiliar de enfermería indica al celador que les traiga a los pacientes ingresados, según el orden de programación de la cita. Para los pacientes que acuden desde su domicilio, el auxiliar de enfermería sale a la sala de espera y nombra a los pacientes según el orden de la lista programada.

Una vez dentro de la sala, el auxiliar le quitará la vestimenta superior y colocará al paciente en la camilla de la misma, colocando en los respectivos lugares, los electrodos pertinentes para la realización por el cardiólogo del electrocardiograma. En todo momento de la prueba, el auxiliar estará en la sala, pendiente a la solicitud del especialista, en caso necesario de demandar gel o cualquier otro material.

Una vez terminada la prueba, el auxiliar de enfermería, limpia cualquier resto de gel en el paciente, cambia la sabanilla de la camilla y acompaña al paciente hasta la sala de espera, nombrando al siguiente de la lista.

-Funciones del auxiliar de enfermería en la sala de eco-estrés.

Un eco-estrés es una prueba de órgano cardíaco cuyo el objetivo es la respuesta del mismo a una situación límite, es decir, mediante pequeñas descargas al corazón, este aumenta sus latidos, y se observan los resultados. Esta prueba la realiza el enfermero o enfermera, junto al cardiólogo, y el auxiliar es el encargado de colocar al paciente en la camilla de la sala, en posición decúbito supino, y de suministrar todo el material demandado durante la misma. En todo momento de la prueba, el auxiliar permanecerá en la sala, en caso de requerirse su atención.

-Funciones del auxiliar en la sala de esfuerzo.

En esta sala, el auxiliar de enfermería, coloca al paciente los electrodos necesarios para la prueba, y ayuda al mismo a subirse a una cinta de correr. El cardiólogo programa dicha cinta y monitoriza el esfuerzo realizado por el paciente y la respuesta del órgano cardíaco. En esta prueba, suelen los pacientes sufrir algún desmayo por el esfuerzo empleado, y el auxiliar de enfermería deberá en todo momento encontrarse en situación de intervención urgente.

Generalmente, los pacientes que son requeridos para esta prueba, suelen ser portadores de un holter, que es un mecanismo que se lleva incorporado, durante veinticuatro horas, para estudiar los movimientos sistólicos y diastólicos del corazón. Este mecanismo es colocado por el auxiliar de enfermería, que explica al paciente cómo debe llevarlo y cómo debe actuar hasta el día siguiente.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería destinado en la unidad de pruebas especiales de Cardiología, debe tener un perfil de un profesional activo y dinámico, que conozca la organización de la misma y la utilización de las salas, puesto que en esta unidad el volumen de pacientes diarios que acuden a las mismas es alto, debido a que son programados de domicilio y programados de planta. Sus funciones son variadas, dependiendo de la sala correspondiente, por lo tanto, debe conocer exactamente todos los protocolos implantados en las mismas.

El auxiliar de enfermería es parte fundamental del equipo donde sus funciones complementan con calidad para el buen desarrollo de la unidad.

6 Bibliografía

1. Cuidados intermedios en las unidades coronarias. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org>.
2. Unidades clínicas de Cardiología. Disponible en: <https://hospitalpuertadelmar.com>.
3. Funciones del auxiliar de enfermería en cardiología. Disponible en: <https://campustraining.es>.

Capítulo 103

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE FALLECIDO

VIRGINIA SANCHEZ GARCIA

ALICIA AVILEO VELASCO

ANA ISABEL DELGADO OCAÑA

CRISTINA SANCHEZ GARCIA

MARIA SAGRARIO GONZALEZ VIDAL

1 Introducción

Los pacientes ingresados en un centro hospitalario pueden curarse, tras un proceso asistencial, de sus dolencias y enfermedades. Pero hay otros muchos pacientes, que su enfermedad es terminal, es decir, que su salida del hospital se produce tras su muerte. Esta muerte, o la falta total de constantes vitales, se conocen en el argot sanitario como exitus de un paciente.

La muerte de los pacientes fallecidos en el centro hospitalario debe ser certificada por el médico que lo ha atendido y en el mismo, deben constar, los datos del fallecido, la causa de la muerte y la hora. Este certificado es el que le valdrá a los familiares para el servicio de la funeraria. En el caso de autopsia por parte

del forense, este mismo certificado, será revalidado o por el contrario derivará su examen hacia el contexto jurisdiccional.

El exitus o fallecimiento del paciente debe tratarse con dignidad e intimidad, y los cuidados y preparación del mismo, se realiza, una vez el médico ha certificado el mismo. El auxiliar de enfermería es el encargado de la preparación del cadáver para que el celador, acompañado por los familiares, lo baje al servicio de mortuorio. Estos preparativos necesitan de un protocolo de actuación por parte del auxiliar de enfermería encargado de realizarlo, y es en el desarrollo de este capítulo donde se hará conocer dichas acciones.

2 Objetivos

- Describir los cuidados por parte del auxiliar de enfermería con el paciente fallecido.
- Conocer las funciones que el auxiliar de enfermería realiza con el paciente fallecido para el traslado al mortuorio.

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

Como se ha referido en la introducción hasta que el médico encargado del paciente no certifica su muerte, no se puede realizar ninguna acción sobre el cadáver. Una vez que el médico ha firmado el certificado de defunción, se pone en marcha el protocolo de actuación por parte del personal sanitario, en este caso, del auxiliar de enfermería. Este protocolo de actuación también recibe el nombre de amortajamiento o amortajar al difunto.

Lo primero que realiza el auxiliar de enfermería es respetar la intimidad del fallecido, en caso de compartir habitación con otro paciente, y para ello se sirve de un biombo que separará ambas camas. Todo esto realizado con el mayor silencio y sigilo posible.

A continuación el auxiliar de enfermería prepara todo el material que va a necesitar, el carro de la ropa, sábanas, sudario, toallas, algodón, esparadrapo, agua, jabón, pinzas, guantes, pegatinas y lejía.

El auxiliar de enfermería con la colaboración del celador, retira todas las pertenencias del fallecido, guardándolas en una bolsa que será entregado a los familiares. La ropa del fallecido, así como las sábanas de la cama, se meten en el carro de la ropa sucia del servicio o unidad.

Una vez quitada la ropa y las pertenencias, el auxiliar de enfermería, procederá a hacer unas torundas de algodón, que colocará en los orificios externos del fallecido, nariz y ano. La boca para quedar bien cerrada, será rociada, con spray sellador.

Con la colaboración del celador, el cadáver se introduce en el sudario, para posteriormente cerrarlo. La cama se viste de nuevo con las sábanas limpias que son las que taparán el cadáver que el celador bajará al mortuario. Una vez trasladado el cadáver al mortuario, el auxiliar de enfermería lavará con lejía el colchón y la cama del paciente, hasta la limpieza total de la habitación por el servicio de limpieza del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto en el presente trabajo, se destaca que el auxiliar de enfermería lleva a cabo numerosas acciones y ejercicios con el paciente fallecido, desde el amortajamiento del mismo en el área o servicio del centro sanitario hasta la limpieza de la cama y colchón.

Además, se afirma que el auxiliar de enfermería ha de ser una persona predispuesta, colaboradora y, sobre todo, una persona seria y con consideración, teniendo en cuenta en el ambiente y trabajo que está llevando a cabo.

Por otro lado, se ensalza el papel del auxiliar de enfermería, ya que, contribuye a la correcta realización de tareas en el servicio o unidad hospitalaria, sin la cual, los objetivos de la misma, no se podría realizar de manera óptima y precisa, aportando en todo momento la calidad sanitaria que el paciente fallecido requiere.

6 Bibliografía

1. Actuación del auxiliar de enfermería con el paciente fallecido. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. Funciones del auxiliar de enfermería ante un éxitus. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

3. Actuación del auxiliar de enfermería en relación con los pacientes fallecidos.
Disponible en: <https://www.cgtsanidadlpa.org>.

Capítulo 104

LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN

FRANCISCA CALERO CRESPO

ANTONIA PEINADO HERNANDEZ

ISABEL INIESTA LORENTE

SOLEDAD GARCÍA LÓPEZ

MARIA DE LOS LLANOS PEREZ GIL

1 Introducción

Las funciones del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería se realizarán como parte de un equipo multidisciplinario, que también incluirá un médico rehabilitador, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, enfermería, etc. El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería está capacitado para brindar atención al paciente y ayudar o facilitar todas las tareas de los miembros del equipo, algunas de las cuales podemos destacar: cuidar al paciente cuando llega a la consulta, limpiar el espacio y el equipo, ayudar al paciente con los ejercicios que enseñan los miembros del equipo, realizar tareas administrativas, proporcionar apoyo emocional a los pacientes, notando cualquier cambio en los pacientes, e incluso alertando

a los miembros del equipo. Las atribuciones del técnico auxiliar de cuidados de enfermería están comprendidas en los artículos 74 a 84 del Estatuto, con las limitaciones previstas en el artículo 85 de Trabajadores de la Salud No Médicos de la Seguridad Social. Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de abril de 1973 (e impresa en el B. O. E. de 28 y 30 de abril de 1973). Aunque los tres estatutos aún vigentes han sido sustituidos por el nuevo Estatuto Marco (Ley 55/2003, de 16 de diciembre), que afecta a todos los empleados estatutarios del Sistema Nacional de Salud, se mantienen las disposiciones del antiguo Estatuto (de conformidad con la Disposición Transitoria Quinta de la citada Ley 55/2003).

2 Objetivos

- Reconocer la ubicación de la unidad de rehabilitación y demostrar las responsabilidades primarias del técnico auxiliar de cuidados de enfermería.

3 Metodología

Para esta exposición se ha realizado un exhaustivo análisis bibliográfico de la literatura científica actualmente publicada. Se ha investigado cuando se han buscado libros, videos y artículos en las principales bases de datos, incluidas Dialnet y Medline.

Seleccionando artículos relevantes de Pubmed y Scielo, en este caso sobre rehabilitación, técnicos auxiliares de enfermería y profesionales de la salud en rehabilitación.

4 Resultados

La rehabilitación debe entenderse como un conjunto de acciones realizadas para disminuir y evitar problemas de salud o complicaciones derivadas de enfermedades o accidentes. Se pueden distinguir rehabilitaciones deportivas, pediátricas, neurológicas, ortopédicas y de otro tipo.

Sin embargo, es cierto que lo más habitual se centra en la recuperación total o parcial de la patología, lesión o traumatismo. La siguiente es una lista de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería a partir de este momento:

- Llevar al paciente al servicio correspondiente.
- Permitir al paciente el uso de los espacios de los distintos departamentos.
- Gestionar las posiciones del paciente.

- Asistir al paciente con la documentación requerida.
- Si el paciente no puede cuidar de sí mismo, límpielo.
- Disponer, limpiar y esterilizar todo el instrumental utilizado.
- Prestar toda la asistencia necesaria al resto de miembros del equipo.

Cuando los pacientes estén realizando la rehabilitación, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar pendiente de ellos para controlar y vigilar que no adopten una postura incorrecta o realicen un ejercicio no prescrito, y transmitir esta información al resto del equipo.

Los pacientes deben ser escuchados y tranquilizados para ayudarlos a comprender que compartir sus miedos durante este tiempo de rehabilitación será beneficioso para su recuperación. Fundamentalmente, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería no deben ir más allá del ámbito de sus responsabilidades; Los terapeutas y médicos serán siempre los que comuniquen los éxitos o fracasos del tratamiento así como su pronóstico, nunca el técnico en cuidados auxiliares de enfermería .

Como hemos explicado, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería pasa la mayor parte del tiempo con el paciente y está en contacto directo con él. Como resultado, será él quien pueda identificar tempranamente cualquier anomalía en el paciente y alertar al equipo sobre ellas.

5 Discusión-Conclusión

Dado que una de sus responsabilidades es velar porque el equipo de ejercicios proporcionado por el fisioterapeuta o terapeuta ocupacional sea utilizado adecuadamente. Se puede inferir que los técnicos auxiliares de enfermería que desempeñan sus funciones en el área de la rehabilitación suelen tener una formación especializada en el área. Realizar historias clínicas, solicitar materiales, utilizar los recursos locales, operar correctamente los equipos e instrumentos que son específicos del área de rehabilitación. Realizarán tareas administrativas como la gestión además de estas relacionadas con la salud.

Crear registros médicos, programar las citas y comunicarse con los pacientes por teléfono, etc.

6 Bibliografía

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

Capítulo 105

CUIDADOS Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

FRANCISCA CALERO CRESPO

ANTONIA PEINADO HERNANDEZ

ISABEL INIESTA LORENTE

SOLEDAD GARCÍA LÓPEZ

MARIA DE LOS LLANOS PEREZ GIL

1 Introducción

Cuando un área del cuerpo se somete a una presión excesiva y prolongada, el suministro de sangre a esa área se obstruye, lo que lleva al desarrollo de una úlcera por presión. Como resultado, la piel de esa zona comienza a deteriorarse en un espacio abierto, como una úlcera en la piel o un cráter. Varias de las infecciones graves que pueden provocar las úlceras por presión son potencialmente mortales. Para aquellos que reciben atención especializada, pueden presentar un desafío. Por ello, debe ser capaz de identificar las condiciones más favorables para su aparición, como la presión, el roce o el roce, para alertar al resto del equipo. Los

técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen un papel vital ante las personas que están en riesgo de padecerlos, ya que son los primeros en identificarlos e incluso prevenirlos, y así evitarlas utilizando productos de apoyo como colchones antiescaras o cojines antiescaras. Además, a la hora de la limpieza, su contribución al secado adecuado y la hidratación saludable de la piel puede ser uno de los métodos de prevención de pacientes encamados. Implementar los ajustes posturales que aconsejan los fisioterapeutas y profesionales médicos para prevenir dichas úlceras por presión es otra tarea crucial.

2 Objetivos

- Recopilar información sobre la aparición y evolución de las úlceras por presión e identificar los elementos que más favorecen el desarrollo de úlceras por presión.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica ya publicada para brindar esta elaboración. Se han buscado libros, videos y artículos en las dos bases de datos principales, Dialnet y Medline.

Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, fricción, roce, factores de riesgo y úlceras por presión son solo algunos de los temas de publicaciones académicas revisadas sobre el tema que fueron escogidas de Pubmed y Scielo.

4 Resultados

Como hemos mencionado, los técnicos de atención de auxiliares de enfermería deben ser conscientes tanto de los riesgos del paciente como de las condiciones que pueden provocar escaras o úlceras.

Presiones como la edad, estado nutricional, efectos mecánicos, deficiencias sensoriales y alteraciones del aparato locomotor, pacientes desorientados, pacientes con condiciones crónicas o prolongadas y medicamentos particulares.

Corticosteroides o citostáticos, humedad, mala piel y factores ambientales como la inmovilidad o procedimientos quirúrgicos o la falta de cambios posturales. Con la ayuda de todos estos factores, se pueden evitar las úlceras por presión; sin embargo, cuando ocurren, es fundamental que los técnicos de atención de asistentes de enfermería identifiquen la etapa de la úlcera para poder responder adecuadamente.

Aunque existen 4 niveles de úlceras por presión, existe una etapa conocida como preúlceras, que es cuando aparece por primera vez la piel roja:

- Grado 1: compromete la dermis y la epidermis sin afectar la continuidad de la piel.
- Grado 2: se extiende al tejido subcutáneo y las capas dérmicas más profundas. Parece que se están desarrollando ampollas.
- Grado 3: la lesión se ha extendido al tejido muscular del área afectada y se observa necrosis o muerte celular.
- Grado 4: el hueso, la fascia y las articulaciones están afectados por una úlcera necrosante que se ha extendido al grado 4.

En posición supina, el occipital, la escápula, el codo, el sacro y el talón son más susceptibles a las úlceras que otras partes del cuerpo porque están constantemente bajo presión o fricción.

-Decúbito lateral: costillas, trocánter, oreja, cresta ilíaca, maléolo, hombro.

-Posición prona: mejillas, senos, genitales, rodillas, puntas de los pies, nariz.

Con este conocimiento, los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería pueden cuidar adecuadamente a un paciente que tiene riesgo de úlceras por presión o que ya tiene una.

5 Discusión-Conclusión

Encontramos que el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería puede ser el primer experto en notar la aparición de úlceras, y que también es su deber prevenirlas debido a las minuciosas observaciones que hace del paciente durante la higiene. Conociendo todos los puntos de apoyo, el paciente encamado debe ser vigilado al menos dos veces al día para prevenir su aparición, y el médico debe ser informado de inmediato si existe algún enrojecimiento de la piel.

Descanso del equipo y naturalmente suprimir inmediatamente el apoyo en la zona afectada cambiando de postura, o si el paciente está inmóvil colocar un colchón antiescaras.

6 Bibliografía

[https://www.centroulcerascronicas.com/blog/zonas-mas-comunes-delasulceras-por-presión-y-su-tratamiento.](https://www.centroulcerascronicas.com/blog/zonas-mas-comunes-delasulceras-por-presión-y-su-tratamiento)

Capítulo 106

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL ALTA DEL PACIENTE

FRANCISCA CALERO CRESPO

ANTONIA PEINADO HERNANDEZ

ISABEL INIESTA LORENTE

SOLEDAD GARCÍA LÓPEZ

MARIA DE LOS LLANOS PEREZ GIL

1 Introducción

El alta hospitalaria es el final de cualquier episodio que requirió atención hospitalaria y puede ocurrir por diversas razones, como la curación, el traslado o la muerte. Una vez resuelto el motivo principal de ingreso de la hospitalización, se procede al alta del paciente, lo que implica su salida de la unidad. El Técnico de Auxiliares de Enfermería es fundamental para su ejecución, al igual que el Ingreso Hospitalario. Sin embargo, la Real Academia Española considera la descarga como un sustantivo más que como un verbo. Además, la institución define el alta en sí como una especie de permiso que da el médico para que una persona pueda participar en las actividades diarias. También se conoce como registro de caracteres potenciales, Incluso va un paso más allá, y se refiere a las organizaciones militares como a tipo de certificado que permite a un miembro

militar que ha sido dado de baja por un período de tiempo predeterminado para reincorporarse a su trabajo sin importar el rango. Hay numerosas definiciones y en varios conceptos, pero nos vamos a quedar con uno, centre su atención en la utilización de un lenguaje higiénico.

Podemos encontrar los siguientes tipos diferentes de altas hospitalarias:

- Hogar:

Una vez que el paciente ha recibido la atención requerida, el médico tratante decide enviarlo a su casa para que allí continúe su recuperación.

- Modo:

El paciente está obligado a continuar con los controles y revisiones por parte del personal médico y de enfermería que se desplazará al domicilio del paciente para continuar con la pauta establecida. Este proceso también se conoce como hospitalización domiciliaria. El Equipo de Hospitalización a Domicilio es la entidad encargada de la supervisión en esta instancia.

- Mediante Transferencia.

Los recortes de personal, recursos o transferencias son la causa de ello en la necesidad que considere cambiar a un centro cuya especialidad coincida con el diagnóstico identificado.

- Deseoso:

En esta instancia, el propio paciente determina que su tiempo en el Centro Hospitalario ha terminado por causas ajenas al servicio. Por lo que hizo, debe asumir la responsabilidad de los resultados de su elección en primera persona.

- En cuanto a la fuga:

Sin ser informado, el paciente decide abandonar el centro hospitalario por su cuenta.

- Salidas:

El paciente fallece después del alta.

Una vez cumplimentado el certificado de defunción, el médico responsable deberá proceder a la eliminación de la Historia Clínica. En todo caso, corresponde al técnico en cuidados auxiliares de enfermería definir y realizar sus propias funciones de su clase, asistir y colaborar con el personal de enfermería en el transcurso de la atención, conocer y seguir el protocolo de alta hospitalaria.

2 Objetivos

Antes de que un paciente sea dado de alta del hospital, describa e ilustre los deberes del técnico de cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Se realizó 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

Verificar la orden de alta del paciente, las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el momento del alta hospitalaria son las siguientes. Verificar que se hayan seguido con precisión todos los procesos administrativos pertinentes y requeridos utilizando el protocolo de lavado de manos adecuado. De acuerdo con los requisitos físicos del paciente, armar el equipo verificar la identificación del paciente. Recoja las pertenencias del paciente y sus objetos personales. Entregue los efectos personales en mano, si es posible a los familiares o testigos que deben estar presentes. Debemos ayudar al paciente a vestirse si no es dependiente o elegible para AVD. Como componente crucial del curso del tratamiento, proporcione al paciente recetas, informes, citas médicas y recomendaciones para cumplir, aclarando cualquier duda persistente. Se le proporcionará dicha información si no está calificado a los pacientes. Trasladar al paciente a la puerta del coche, al interior, o ambos o a los que estén en silla de ruedas si es necesario. Sea respetuoso y amable al despedirse de la paciente y su familia, siendo siempre cortés. Informar a los organismos correspondientes del alta médica. Dar toda la documentación relacionada con el ingreso hospitalario debe ser ordenada y guardada en la historia clínica. Enviar la historia clínica al expediente a través de un tutor que no sea profesional sanitario. Verifique que todos los componentes del espacio estén en excelente estado y funcionen como deberían. Deben retirarse las sábanas y la ropa de baño. Concienciar al servicio de limpieza. Organizar la unidad en previsión de un nuevo ingreso hospitalario. Tan pronto como se completa el procedimiento, el personal debe reemplazar la unidad y prepararse para una nueva admisión, lo que significa un nuevo paciente y supone volver a empezar desde cero.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales médicos, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel crucial en la ejecución del alta hospitalaria. Cuando un paciente es dado de alta, se piensa que es como resultado, pero la mayoría de las veces se debe a circunstancias paliativas, lo que lleva a una mejora significativa en su estado de salud. Por todo ello, es fundamental que el paciente reciba la asistencia y el apoyo de la primera persona con la que se encuentre al entrar en la unidad. "una mano útil durante su estadía en el hospital". Por último, pero no menos importante, los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería se les exige que muestren compasión y apoyo cuando más se necesita, además de brindar servicios de atención.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 107

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS LESIONES OCASIONADAS POR PRESIÓN MANTENIDA

FRANCISCA MOLINA SÁNCHEZ

ENCARNACION CUENCA GONZÁLEZ

MARÍA PILAR LÓPEZ GARCIA

MONICA RUANO DOMENECH

NEREA GARCÍA DE LA TORRE

1 Introducción

En cuanto a las lesiones o heridas que pueden afectar a la piel del paciente, en este artículo nos centraremos en las úlceras por presión (UPP), que se producen en la piel por estar el paciente siempre en la misma posición durante mucho tiempo. Lo que ocurre con más frecuencia es el que se produce donde los huesos están más en contacto con la piel, lo mismo ocurre en las zonas declinadas del cuerpo, sobre todo en la zona del sacro, aunque también, en los talones, caderas y tobillos. Puede provocar infecciones graves y poner en peligro la vida del paciente, creando un problema importante para los cuidadores institucionales o para su capacidad de ganarse la vida donde los individuos deben mantener reposo absoluto. En términos etiológicos y concluyentes, el roce persistente o la presión

excesiva sobre la piel produce necrosis tisular y úlceras por presión. Su espectro clínico de afectación va desde la pérdida superficial de la piel hasta que la muerte del paciente es causada por la desintegración del tejido adiposo, las articulaciones, los músculos y los huesos del paciente. Aunque hay otros factores de riesgo en juego, el exceso de presión que el cuerpo mantiene y no es el más significativo. Se puede aliviar con ajustes posturales, idealmente uno cada dos horas para aliviar la presión, colchones antiescaras, vendajes, desbridamientos y cuidados hidratantes de la piel.

2 Objetivos

- Examinar las distintas etapas por las que pasan las úlceras por presión y mirar las diversas terapias que se pueden utilizar para tratar o prevenir estas úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada. Además, se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva de libros.

Los artículos científicos se eligen de publicaciones académicas revisadas por pares y se ingresan en las tres principales bases de datos, Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El paciente experimenta calor, edema y eritema, que son síntomas de la primera etapa o fase de la úlcera. Sin embargo, la lesión es la que nos alerta de la úlcera. La segunda etapa de esta fase comienza con la realización de la pérdida de espesor de la piel, que afecta a la dermis; es superficial y tiene un aspecto quemado o perforado. En la tercera etapa o fase, la piel ya ha perdido el grosor, el tejido subcutáneo ha comenzado a necrosarse y extenderse hacia adentro, y se puede ver un orificio considerable debajo del tejido mediante la punción de vasos musculares y músculos, se puede llegar a la lesión del hueso y tratarla en la etapa o fase final. Las úlceras por presión pueden desarrollarse debido a una serie de factores, que incluyen:

Las fuerzas extrínsecas son aquellas que ejercen presión sobre los tejidos blandos al mismo tiempo que provocan fricción sobre la piel. Estas fuerzas deformarán el tejido, obstruirán los vasos sanguíneos y dañarán la piel y los músculos.

- Intrínsecas: fibrosis o isquemia local, edad del paciente, o incontinencia urinaria y fecal y enfermedad de pequeño vaso. Existen varios factores de riesgo, incluidos pacientes de edad avanzada, personas en hospitales y personas con afecciones neurológicas.

Existen dos tipos principales de tratamiento para este tipo de lesión:

El estado nutricional del paciente debe ser restaurado con un alto contenido proteico, calórico y vitamínico. La anemia debe ser controlada, se limpiará la zona de sustancias y medicamentos con un desbridamiento enzimático a base de cremas y como parte del tratamiento local o conservador. la administración de nuevos fármacos que revitalizan las células y favorecen la epitelización.

La cirugía es beneficiosa siempre que el paciente esté lo suficientemente saludable para el procedimiento, no tenga tejido necrótico y tenga buena salud general. El tejido de granulación está sano y la úlcera muestra signos de comenzar a curar, ambos al mismo tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda, la elección de un tipo de tratamiento frente a otro variará, y en gran medida también se debe tener en cuenta la ubicación, según los estudios y la experiencia asistencial la ubicación de la úlcera, el estado del paciente, la motivación y la educación. Dependiendo del tipo de úlcera y de dónde se encuentre, siempre se deben investigar diversas opciones de tratamiento, siendo el cierre directo, los injertos de piel, piel, músculo, colgajos musculocutáneos, perforantes y expansión tisular entre las categorías. Los moretones y la necrosis comunes podrían dificultar estas cirugías plásticas.

Siempre destacando la importancia de la higiene y los ajustes posturales para la prevención, tratamiento y cicatrización de estas lesiones, ya sea colgajo, infección, dehiscencia o recidiva de la herida.

6 Bibliografía

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

Capítulo 108

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE UNA CAMA OCUPADA

FRANCISCA MOLINA SÁNCHEZ

ENCARNACION CUENCA GONZÁLEZ

MARÍA PILAR LÓPEZ GARCIA

NEREA GARCÍA DE LA TORRE

MONICA RUANO DOMENECH

1 Introducción

Uno de los profesionales sanitarios más fundamentales es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Es integrante del equipo de enfermería, el cual está compuesto por enfermeras y técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería lleva a cabo una serie de funciones cruciales. Dado que el enfoque de técnico en cuidados auxiliares de enfermería está en el individuo, se cuida todo lo relacionado con el paciente. La cama del paciente es una de las funciones que debe cumplir el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Es una de las áreas donde el paciente pasa más tiempo, por lo que debe realizarse correctamente para que el paciente se sienta cómodo y duerma bien allí.

Hacer la cama correctamente también es crucial para evitar las úlceras por presión. Es fundamental extender las sábanas perfectamente porque podrían volverse visibles junto con las arrugas que se formen.

En este artículo científico, discutiremos cómo funciona el técnico en cuidados auxiliares de enfermería con una cama ocupada. Cuando un paciente no puede levantarse de la cama por patologías o por prescripción médica, se habla de cama ocupada. Por lo tanto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener una actitud positiva y utilizar sus conocimientos para poder cambiar la cama mientras el paciente aún está dentro de ella. Cuando sea necesario, se trasladará al paciente, al menos en teoría. Moveremos al paciente con una técnica diferente en función de las patologías o lesiones que tenga.

2 Objetivos

Informar a las personas de técnico en cuidados auxiliares de enfermería de cómo identificar una cama ocupada y como realizarla.

3 Metodología

La minuciosa revisión bibliográfica que se realizó anteriormente en varias páginas sirvió de base para este trabajo científico. Una fuente que tiene más información es Google Scholar, y también se ha examinado en varios libros impresos donde se explica claramente los métodos que usaba el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para hacer una cama ocupada.

4 Resultados

El paciente que ha sido ingresado en el hospital es una de las personas que están en sus camas ocupadas para hospitalizados. Algunos pacientes no pueden levantarse de la cama ni siquiera para cambiar las sábanas, ya sea por sus patologías o por prescripción médica. Es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de llevar a cabo este deber, para que el paciente esté lo más cómodo posible, debe ser un trabajo de calidad.

Según el protocolo, las camas se suelen cambiar por la mañana, pero si es necesario, se pueden cambiar varias veces, tanto como sea necesario.

La lencería debe estar lista primero; debe ser de la mejor calidad, seco y planchado. Porque al hacerlo así le será mucho más fácil al técnico en cuidados auxiliares

de enfermería para poder hacer la cama ocupada, la lencería se acomoda en el orden en que la acomodaremos.

Cuando el paciente está en la cama o no, se utiliza este método de organización de la cama.

Cuando toda la ropa interior está lista y organizada, es hora de mover al paciente. Se coloca de manera que las sábanas se puedan meter debajo. Todas las sábanas sucias se colocan después de ser metidas.

Las sábanas sucias se retiran, las limpias se colocan correctamente y luego se gira al paciente hacia el otro lado. El paso final es cubrir al paciente con una sábana, una manta y una almohada limpias. Para evitar que las sábanas limpias se contaminen, es crucial que las sábanas sucias se mantengan alejadas de las limpias. Hacemos que el paciente se sienta cómodo, reunimos todos los suministros, nos quitamos los guantes y nos lavamos las manos antes de salir de la habitación.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña uno de los roles más cruciales en el equipo de salud porque son ellos quienes están en contacto constante con el paciente, lo que los convierte en los mejor calificados para detectar cambios en su salud física o mental del cliente. Es de vital importancia informar al personal de enfermería sobre cualquier cambio que vea o note en el paciente el hecho de que lo cuiden, lo traten, etc.

Hacer correctamente la cama del paciente y procurar continuamente su comodidad es una de las funciones más importantes que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

6 Bibliografía

<http://fecma.vinagrero.es/documentos/libronec.pdf>.

https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_Espnaha_2021.pdf.

Capítulo 109

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

FRANCISCA MOLINA SÁNCHEZ

MONICA RUANO DOMENECH

NEREA GARCÍA DE LA TORRE

MARÍA PILAR LÓPEZ GARCIA

ENCARNACION CUENCA GONZÁLEZ

1 Introducción

Todos los servicios y departamentos relacionados con el hospital están abiertos a la participación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. En este trabajo académico, discutiremos el funcionamiento y roles del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de psiquiatría. En este servicio se encuentran pacientes con trastornos psiquiátricos o con enfermedades mentales.

La enfermedad mental se define como una alteración de tipo conductual o emocional en la que se descuidan los procesos psicológicos que incapacitan a la persona para relacionarse con su entorno; por ello, este servicio trata de que el paciente sea lo más independiente posible para mejorar su trastorno mental. Están

las consultas de psiquiatría, donde el paciente acude a un control o a una valoración clínica, y también está la parte de hospitalización, donde el paciente permanece en el hospital hasta que el psiquiatra a cargo de este centro decide si debe o no ser atendido.

Todo el personal que trabaja en este servicio, que presta el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debe ser emocionalmente estable para poder atender a los pacientes psiquiátricos.

La siguiente lista de sus funciones es una descripción general:

- Estar constantemente cerca del paciente psiquiátrico.
- Supervisar la administración de medicamentos, las necesidades de aseo y limpieza de los pacientes, las comidas y otras necesidades.
- Trabajar en conjunto con el personal de enfermería.

2 Objetivos

En el servicio de psiquiatría o salud mental, describir cuál son las funciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica del cuerpo actual de literatura científica como parte de la investigación para el desarrollo del presente trabajo.

Se revisaron los artículos de las principales bases de datos y se realizaron búsquedas minuciosas en los libros.

4 Resultados

Las consultas y el piso de psiquiatría conforman los dos componentes del servicio de psiquiatría. Los pacientes con problemas de salud mental generalmente ingresan cuando tienen problemas continuos que interfieren con su capacidad para funcionar en sus entornos específicos, incluidos aquellos con sus amigos, familiares y compañeros de trabajo, así como en el trabajo.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es uno de los miembros del personal médico más cruciales en este piso porque es quien interactúa constantemente con el paciente psiquiátrico. Necesita ser monitoreado constantemente por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para asegurarse de que nunca

le falte nada. Adicionalmente, la responsabilidad del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es que el paciente mantenga o tenga su bienestar porque está constantemente con el paciente psiquiátrico.

Este es uno de los papeles más significativos que juega el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la sala de psiquiatría e involucra tanto aspectos físicos como psicológicos. Sustituir al paciente psiquiátrico en actividades que no realiza por sí mismo es otro de los deberes del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Es importante que tanto los familiares como los pacientes (en la medida de lo posible) entiendan y respeten las normas ya establecidas, por lo que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería también se encarga de informar a los familiares. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es responsable de brindar los cuidados necesarios al paciente psiquiátrico, tales como asearlo y asearlo, proporcionar la ropa que necesita para su hospitalización, y en caso de ser necesario, ponerle y quitarle la cuña o el punto del biberón.

Los hospitales psiquiátricos deberán obedecer las normas establecidas, con respeto y educación, pero con la firmeza necesaria para que no haya problemas ni inconvenientes.

Para evitar problemas durante la estancia hospitalaria del paciente psiquiátrico, es crucial establecer las reglas claramente desde el principio.

5 Discusión-Conclusión

Por ser los que trabajan más de cerca con los pacientes psiquiátricos, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es uno de los médicos especialistas más importantes del servicio de psiquiatría. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe hacer todo lo posible para mantener el bienestar físico y mental del paciente. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe monitorear constantemente al paciente, reportar cualquier complicación al personal de enfermería y redactar breves informes para que el médico los vea, los revise y tome las medidas adecuadas para mejorar el estado del paciente. el estado de salud del paciente.

6 Bibliografía

-<https://cursosparasanearios>.

-<https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/>

Capítulo 110

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA EN UNA RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD

LOLI FERNANDEZ SOUTO

1 Introducción

Denominamos o llamamos a la residencia de personas mayores o de ancianos al lugar o edificación donde residen las personas de la tercera edad de forma permanente o temporal, y cuentan con un grado de dependencia. En estas instalaciones, que pueden ser públicas o privadas, se ofrecen servicios para el desarrollo personal y brindan una atención sociosanitaria. En el interior de este entorno, hay una gran plantilla de profesionales con una formación adecuada para desempeñar todas sus funciones asignadas a su gremio y a continuación, veremos algunas de ellas:

Médicos, enfermeras, fisioterapeutas, administrativos, servicio de limpieza, servicio de lavandería, servicio de cocina, servicio de mantenimiento, técnicos de enfermería, trabajadores sociales o terapeutas ocupacionales, celadores, servicio de recursos humanos, etc.

Hay una diferencia entre el concepto de gerontología y de geriatría, la gerontología engloba todos los cuidados básicos de las personas mayores de una forma generalizada, pero la geriatría, engloba el envejecimiento de una forma saludable, tratando las diferentes patologías más frecuentes de esa edad.

Los profesionales están acreditados mediante títulos profesionales y oficiales para poder desempeñar su trabajo en el interior de este lugar de forma segura tanto para el cómo para sus compañeros y pacientes. También cuentan con especialidades que es lo que determina el gremio que le corresponde a cada uno.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es tener en cuenta cuáles son algunas de las funciones que puede desempeñar el técnico de enfermería en el interior de este medio.

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

En el interior de estas residencias, hay una gran variedad e intensidad en la forma de brindar los diferentes servicios y puede ser muy diversa. Frecuentemente, hay unos servicios mínimos que están regulados por la ley y engloban la manutención, estimulación de las capacidades funcionales, dinámicas socioculturales, atención sanitaria, integración social y también la terapia ocupacional. También prestan servicios de enfermería, medicina, atención psicológica, servicio de lavandería, suministro de medicamentos, transporte de personas mayores, acogen a las personas mayores, hacen que la convivencia con el resto de usuarios sea de buena calidad y tranquila.

A la hora de elegir un centro residencial para estas personas mayores, se debe tener en cuenta de la formación y del trato de los profesionales a las personas mayores. Estos deben de estar cualificados para tratar y cuidar a las personas de la tercera edad cubriendo cada una de sus necesidades teniendo en cuenta las diferentes patologías que estos puedan poseer.

Algunos de los motivos de ingreso de las personas mayores en estas instalaciones pueden ser las siguientes:

- Porque necesitan compañía y sus familiares no pueden dársela por diversas causas como trabajo, u otras obligaciones con las que deban de cumplir.

-Por motivos de salud que no puedan valerse por sí mismos y posean un grado de dependencia.

-Por no ser independiente.

-Por no molestar o de que hacer a los familiares.

En el momento de ingresar en estas instalaciones, es de gran importancia que las personas de 85 años de edad o más años no estén solas, que siempre estén bajo vigilancia y supervisión.

También la relación entre los usuarios de la residencia, debemos de intentar que sea la mejor posible.

Algunas de las funciones del técnico de enfermería en una residencia de la tercera edad pueden ser las siguientes: Ayuda la hora de las comidas, cambio de pañales y aseo, cambio de la ropa de la cama, realizar actividades de ocio con ellos, también hacer talleres o juegos para reforzar su capacidad cognitiva y motora, control de la medicación que tomen.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro, se debe de tener en cuenta las relaciones entre los miembros de esta área residencial, tanto entre los profesionales que trabajan en el interior de esta como la de los usuarios que permanecen en el interior de esta estancia.

Debemos de tratarlos con el mayor respeto, amabilidad, generosidad y empatía a todos los usuarios de la residencia y mantener a sus familiares informados al día sobre todas las cosas de su familiar que permanezca en la residencia ingresado.

También debemos de entender a los familiares y al cargo que pueda suponerles en su día a día, cuando tengan obligaciones que cumplir y no puedan encargarse u ocuparse de los familiares.

6 Bibliografía

Las referencias bibliográficas según el estilo Vancouver. Acta méd. peruana [online]. 2015, vol.32, n.1 [citado 2023-05-22], pp.64-64. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172015000100011&lng=es&nrm=iso>.

ISSN 1728-5917.

Formato Documento Electrónico(ABNT)

Las referencias bibliográficas según el estilo Vancouver. Acta méd. peruana, Lima , v. 32, n. 1, p. 64, enero 2015 . Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172015000100011&lng=es&nrm=iso> .
accedido en 22 mayo 2023.

Capítulo 111

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

MARIA JOSE MORENO CALERO

LOURDES SOLSONA SAGRADO

INMACULADA CONCEPCION SANCHEZ CAMPAYO

MARÍA VIRTUDES GARRIDO NAVARRO

MARGARITA VILLEGAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Medicina Interna se entiende como una especialidad médica dedicada a la atención total del adulto, diagnosticando, previniendo enfermedades, realizando tratamientos no quirúrgicos y el seguimiento de enfermedades sistémicas y que afectan a distintos órganos corporales, es decir se intenta ofrecer una visión general e integral del enfermo. La verdad es que no es una rama demasiado conocida a nivel de la población, siendo un servicio que se ofrece tanto en una consulta ambulatoria como en un centro hospitalario, realizándose acciones de preparación a cualquier prueba complementaria como realizarle un aislamiento a una persona tras una infección.

Hay que tener en cuenta la diferencia entre un médico internista y un médico interno: el primero es un profesional de la medicina interna y el segundo es una persona que está cursando el MIR. Los médicos de la Atención Primaria y el resto de especialistas acuden a los médicos de la medicina interna, para atender pacientes cuyo diagnóstico es complicado, por tener muchos síntomas debido al padecimiento de varias enfermedades.

Las subespecialidades de la medicina interna incluyen:

- Cuidados paliativos
- Urgencias y emergencias
- Neumología
- Endocrinología y Nutrición
- Gastroenterología
- Nefrología
- Cardiología
- Oncología
- Hematología
- Enfermedades Infecciosas
- Reumatología y enfermedades autoinmunes
- Atención médica en procesos quirúrgicos

En esta unidad el TCAE desempeña un importante papel en el proceso de recuperación del paciente, llevando a cabo funciones muy diversas, pero también complejas dado el nivel específico de cuidados que deben de realizarse, ya que los pacientes más graves suelen presentar cuadros de dolor, apatía, depresión, y a veces únicamente el TCAE podrá aportar confort y compañía antes de los momentos finales.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de las funciones del TCAE en la Unidad de Medicina interna, y las características de este servicio.

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 princi-

pales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Al principio del turno de trabajo la Encargada del equipo de enfermería, deberá de repartir de forma equitativa la carga de trabajo entre todas los Técnicos Auxiliares de Cuidados de Enfermería, teniendo en cuenta los pacientes dependientes y que no se levantan, los que tienen autonomía, aquellos que deben realizarse pruebas complementarias y deben de ser llevados por un celador, el tiempo que se empleará en el aseo diario, las muestras biológicas que se recogerán en el turno para así pautar unos cuidados y medicaciones distintas, etc, todo ello con la coordinación de enfermería.

El médico internista, generalmente diagnostica los expedientes sanitarios de pacientes de más 18 años de cierta complejidad, de enfermedades sistémicas, es decir, la que están implicados varios órganos o tejidos del organismo, pero también se acude a él, para hacerse analíticas y chequeos rutinarios en el caso de aquellos pacientes con antecedentes familiares de enfermedades crónicas. En el caso de pacientes sin patologías, se aconseja una cita anual para la realización de análisis de sangre, exámenes físicos y pruebas basadas en el historial familiar, sexo, edad, etc.

A continuación detallamos las funciones del TCAE en la Unidad de Medicina Interna:

- Preparar el carro de la ropa del paciente y de cama, así como los elementos para el aseo.
- Reposición de carros y del almacén, así como de realizar el inventario.
- Comprobar el listado de pacientes que deben de acudir a una prueba diagnóstica a primera hora para realizarles a ellos el aseo antes que a otros.
- Recoger los diferentes parámetros que especifique el facultativo: muestras de orina, temperatura, tensión, etc.
- Repartir la lencería en función de la movilidad del paciente, si es autónomo se le dará un pijama, si es dependiente y no anda, se le dará un camisón.
- Dos compañeras/os realizarán el aseo, o a veces un TCAE y un celador, levantándolo si está especificado y realizando los cambios posturales para evitar la aparición de úlceras por presión. También se les atenderá en lo que respecta a la alimentación enteral, las sondas vesicales, etc.

- Repartir las bandejas de la alimentación, viendo que la dieta es la correspondiente a cada paciente, ayudando a aquellos que lo necesiten, y retirando al finalizar la bandeja. Preparar las mesas ayudando a que se incorpore el paciente. También comprobar el agua que beben y observar la higiene de la mucosa oral, especialmente tras las comidas.
- Vaciar todos los colectores de orina, apuntar las constantes vitales y deposiciones, e informar de cualquier alteración en los parámetros a enfermería.
- Se rellenarán los vasos humidificadores de Oxígeno con agua destilada.
- Limpieza y reposición del aparato de ECG y del desfibrilador, así como la limpieza de los carros de curas y lencería.
- Tendrán información sobre las altas que se han producido y las que se darán en el turno, así como los pendientes de ambulancia.

5 Discusión-Conclusión

La medicina interna es una de las especialidades médicas que requieren un mayor tiempo de estancia en el hospital, ya que es un servicio especializado en el que se mira al paciente de manera global, integral, ya que suelen tener varias sintomatologías, afectando a varias partes de su cuerpo, por lo que muchas veces son derivados por la Atención Primaria, al ser cuadros más complejos de diagnosticar, siempre tratando con adultos y con tratamientos no quirúrgicos.

En este servicio, el TCAE presta su labor de atención a las necesidades de este tipo de pacientes con total profesionalidad, respetando su intimidad, aportando cuidados de calidad con la mayor seguridad y calidad posible. Entre otras funciones, se destacan tomar la temperatura, controlar los niveles de diuresis y heces, ayudar en las comidas, realizar el aseo e higiene ayudada por otro TCAE o celador, etc. Todo encaminado a cuidar del paciente en esta etapa.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Sciel: auxiliar de enfermería, TCAE, medicina interna, medico internista.
2. <https://docplayer.es/94187747-Rol-del-auxiliar-de-enfermeria-tce-enplanta-de-hospitalizacion-la-acogida-al-paciente-en-la-planta-de-medicinainterna.html>.
3. <https://revistamedica.com/medicina-interna-hospital-tcae/>
4. Formacion Logoss.

Capítulo 112

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU LABOR EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA PEDRIÁTRICA

MARIA JOSE MORENO CALERO

LOURDES SOLSONA SAGRADO

INMACULADA CONCEPCION SANCHEZ CAMPAYO

MARÍA VIRTUDES GARRIDO NAVARRO

MARGARITA VILLEGAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

Hoy en día el cáncer es el principal motivo de muerte a nivel mundial, por ejemplo en 2020 se produjeron casi 10 millones de defunciones por esta causa, la cual se entiende que su origen principalmente es genético. Existen dos clases de tumores:

- Tumores benignos: las células crecen lentamente, no invaden otros órganos y las células se pueden eliminar fácilmente con los elementos que se dispone en la medicina.
- Tumores malignos: son células que crecen incontrolablemente y muy rápido, generando a veces metástasis, es decir invaden tejidos y órganos cercanos.

Dentro de la unidad de Oncología, se encuentra la Pediatría, en la que los enfermos se encuentran en la etapa de la niñez, siendo esta enfermedad una de las principales causantes de mortalidad infantil, sin conocer todavía con exactitud su causa, aunque se plantea que es provocada por una mutación hereditaria, es decir, se traspasa de padres a hijos, ya que en el caso de los adultos, las mutaciones génicas muestran los efectos del envejecimiento y la exposición durante largo tiempo a sustancias que terminan por causar cáncer. Pero a los niños, por su corta edad no les ha dado tiempo a esta exposición en el tiempo.

Los niños con cáncer reciben los tratamientos en un centro oncológico infantil, siendo los más comunes: radioterapia, cirugía, quimioterapia, trasplante de células madre e inmunoterapia.

La unidad de Oncología Pediátrica lo forman un equipo multidisciplinar formado por médicos oncólogos, radiólogos, psicólogos, y un gran equipo de enfermería en el que el TCAE desarrolla sus labores no menos importantes, a nivel físico y de cuidados, pero también a nivel emocional, de acompañamiento y presencia al niño enfermo y a los familiares. Con la cercanía y empatía de todos los profesionales se crea un vínculo que favorece la recuperación y ganas de superar la enfermedad, sabiéndose cuidado y que nunca se está sólo.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de las funciones del TCAE en el Servicio de Oncología Pediátrica, la necesidad de mostrar un carácter cercano y empático al paciente y familiares.

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

Las principales causas de la aparición del cáncer pueden agruparse en cuatro bloques:

- 1/ Genético: por una desviación en la cadena de división celular.
- 2/ Por exposición al medio ambiente: químicos, exposición excesiva al sol, contaminación del aire
- 3/ Hábitos no saludables: consumo de tabaco, alcohol, la inactividad física, alimentación deficiente cargada de grasas improductivas e hidratos de carbono refinados, etc.
- 4/ Por padecer infecciones crónicas, infecciones carcinógenas, sobre todo en los países de ingresos bajos especialmente las causadas por los papilomavirus humanos, *Helicobacter pylori*, los virus de la hepatitis B y de la hepatitis C y el virus de Epstein-Barr. Y es que los virus de las hepatitis B y C aumentan el riesgo de sufrir cáncer de hígado y otros papilomavirus humanos el cáncer de cuello uterino. Por ejemplo el VIH multiplica por seis el riesgo de contraer éste último así como otros tipos de cáncer, como el sarcoma de Kaposi.

En TCAE en ésta unidad desarrollará las siguientes funciones:

- Lo principal es respetar al paciente, su enfermedad y su diagnóstico: se abstendrán de hacer comentarios sobre la enfermedad entre compañeros o a familiares o visitas
- Hacer la cama, estirando bien las sábanas para que no le produzcan malestar, así como realizarse el aseo diario cuando no puedan por si mismos.
- Realizar cambios posturales de 2 a 3 horas en el caso de estar encamado.
- Supervisar las bandejas de la comida antes de repartirlas a ver si cada paciente tiene la dieta correspondiente. Después retirarlas al acabar.
- Reponer los carros de lencería y de curas, y limpiarlos.
- Llevará las cuñas al cuñero para su desinfección.
- Llevar a cabo los cuidados preoperatorios necesarios.
- Colaborar con el enfermero/a (DUE) en la administración de medicamentos por vía oral y rectal.
- Recogida de datos clínicos, de los termómetros, recogida de la orina, tensión, etc, así como decirlo al DUE de cualquier cambio relevante en los parámetros.
- Apoyar emocional y psicológicamente tanto el niño enfermo como a los familiares, ya que es una situación dura y traumática, difícil de entender y sobrellevar, siendo normal que aparezcan cuadros depresivos o de derrota. Ante esto el TCAE mostrará su lado más humano.
- Respetar la organización del trabajo de enfermería y los protocolos, así como realizar labores administrativas, sacar volantes de citas, programar agenda de los facultativos, etc.

5 Discusión-Conclusión

El paciente oncológico infantil es un niño que se encuentra con tratamientos de quimioterapias o con radioterapia, pasando largas temporadas en el hospital, lejos de su casa, de sus juguetes, de sus rutinas y de su entorno que le cuida y protege, sin olvidarnos de los familiares que pasan por momentos difíciles al verlos tan vulnerables, por ello desde este servicio se valoran los cuidados físicos pero también los emocionales. En este contexto trabaja el TCAE, el cual deberá contar con una mentalidad fuerte y una empatía hacia el paciente para ayudarlo en lo que necesite, incluso adelantándose a las complicaciones normales de los tratamientos que la ausencia de dolor y el confort llegue lo antes posible.

El TCAE gracias a su profesionalidad y a la tecnología de la que dispone podrá tratar los síntomas de los tratamientos, recogerá los valores de la temperatura corporal, la medida de la bolsa de orina, hará la cama y el aseo cuando no puedan ir a la ducha por ellos mismos, realizará los cambios de postura necesarios, supervisará las bandejas a la hora de la comida, etc. Todo encaminado a cuidar al niño en este trance.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : oncología pediátrica , cáncer, auxiliar de enfermería, TCAE,
2. <https://revistamedica.com/cuidados-tcae-oncologia-pediatria/amp/>.
<https://www.cancer.gov>
3. > cáncer. Tipos de tratamiento - Instituto Nacional del Cáncer
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-alpaciente-oncologico-pediatrico/>.
4. Formacion Logoss.

Capítulo 113

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA

LOURDES SOLSONA SAGRADO

MARIA JOSE MORENO CALERO

INMACULADA CONCEPCION SANCHEZ CAMPAYO

MARÍA VIRTUDES GARRIDO NAVARRO

MARGARITA VILLEGAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

Dentro del ámbito hospitalario, una de las cosas más importantes es la desinfección y la limpieza para evitar la propagación de infecciones nosocomiales que pueden llegar a agravar la salud de los pacientes, incluso a provocarles la muerte en los casos en los que se encuentran mas debilitados. De ahí surge la necesidad de que se esterilice el instrumental sanitario utilizado, gracias a unos procedimientos que suprimen la existencia de microorganismos patógenos y no patógenos y sus formas de resistencia, es decir, sus esporas.

En el caso de que la esterilización se hiciera incorrectamente podría repercutir en la proliferación infecciones, que no solo tendría consecuencias económicas

sino también legales. Este servicio se encuentra centralizado dentro del hospital y conectado sobre todo con el servicio quirúrgico, que es el principal servicio demandante, en cuanto a ropa e instrumental.

Para que la esterilización sea la correcta, segura y eficaz tiene realizarse bajo la premisa de unos cánones de calidad en los que colabora directamente el TCAE, el Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería, para asegurar la limpieza y desinfección de todos los materiales utilizados y que deben de ser reutilizados en otros pacientes para que no se transmitan infecciones nosocomiales, ya que está en juego la salud de los pacientes.

2 Objetivos

- Conocer el papel que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la esterilización del instrumental y las características principales del servicio de esterilización.

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

En la central de esterilización se controla y distribuye el instrumental médico y textil a todos los sectores del área hospitalaria, llevándose a cabo gracias a distintas etapas: prelavado, lavado, secado, preparación del material, empaquetado, almacenamiento y distribución. Teniéndose en cuenta los distintos tipos de microorganismos que pueden existir: micobacterias, virus pequeños con y sin envoltura, esporas bacterianas o fúngicas, protozoos, varicela, priones, rubéola, etc.

Existen diversas formas de esterilización según el tipo de agente que actúa:

1/ Con agentes químicos : a través de soluciones gaseosas, líquidas y plasmas que

forman parte de la desinfección de alto nivel como son: peróxido de hidrógeno, óxido de etileno, glutaraldehído, ácido paracético y con formaldehído.

2/ Con radiación: exponiendo los materiales a radiación ionizante emitida a través de una fuente isotópica.

3/ Con agentes físicos: mediante la utilización de calor seco, calor húmedo, radiaciones y filtros, siendo los más utilizados : el autoclave, la estufa poupinel, la tyndalización, y el flameado.

El objetivo del TCAE en este servicio cuando le llega el material a esterilizar, podrá encontrarse ante dos escenarios:

1/ Que el material recibido, no haya sido utilizado, pero por seguridad se esterilizará igualmente.

2/ Que el material haya sido utilizado y que por tanto esté sucio, en este caso se realizará una limpieza y desinfección con un producto específico, si además pudiera estar contaminado o no con material biológico, se realizaría una esterilización del mismo.

Con la esterilización se persigue el objetivo de garantizar que el instrumental o los textiles usados con un paciente sean seguros para los siguientes usos en otros pacientes. De esta manera, el TCAE sabrá que cuando un material entra en contacto con cualquier fluido de un paciente debe entenderse como contaminado, procedimiento a su descontaminación.

En las labores de desinfección el TCAE debe tener en cuenta que:

- Utilizar los EPI adecuados: guantes impermeables, delantal o bata plástica al menos con el pecho impermeable y máscaras faciales para evitar salpicaduras.
- Observar que el producto con el que se va a limpiar, sea el adecuado para el material que se va a desinfectar, haciendo caso de las recomendaciones del fabricante y las fechas de caducidad.
- El instrumental que va a desinfectarse por inmersión debe estar completamente seco.

5 Discusión-Conclusión

En el entorno sanitario, debe existir una buena limpieza y desinfección de los materiales, instrumental y textiles utilizados con los pacientes, para así evitar la propagación infecciones cuando vayan a ser utilizados en otros pacientes, previniendo muchas enfermedades y el empeoramiento de la salud de los usuarios. El servicio de Esterilización está vinculado a todas las unidades hospitalarias, pero sobre todo con el servicio quirúrgico.

El TCAE tiene como misión que el material recibido quede completamente limpio, desinfectado y esterilizado para su uso posterior por los diferentes servicios de hospital, de ahí la importancia de que conozca los distintos procedimientos de esterilización: con agentes químicos, físicos o a través de radiación y los diferentes líquidos que se utilizan, ya que son tóxicos.

6 Bibliografía

1. Formacion Logoss.
2. Técnicos en Cuidados de Enfermería. Editorial Mad.
3. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : central de esterilización, auxiliar de enfermería, TCAE, funciones de esterilización,autoclave.
4. <https://revistamedica.com/unidad-de-esterilizacion-funciones-tcae/>

Capítulo 114

TRATO AL PACIENTE CON TRASTORNO DE ANSIEDAD

TATIANA TABOADA LLANEZA

BEGOÑA ARGÜELLES ALVAREZ

1 Introducción

Una de las enfermedades más comunes en la población de hoy en día es la ansiedad. La ansiedad se puede definir como una respuesta del organismo ante situaciones estresantes que desencadena una serie de síntomas físicos y psicológicos. La ansiedad se manifiesta como una respuesta extrema de miedo ante situaciones que no siempre son identificables por otras personas. Las personas que sufren ansiedad, experimentan miedo, inquietud y temor, pueden llegar incluso a sentirse abrumados. En cuanto a los síntomas físicos pueden darse: sudoración extrema o un aumento notable de palpitaciones.

Una persona con un trastorno por ansiedad sufre una afección que no desaparece y que incluso puede llegar a empeorar con el tiempo. Cabe destacar que sufrir un trastorno de ansiedad puede llegar a interferir en la vida cotidiana de la persona que lo padece, interferir en el desempeño de su trabajo, escuela o incluso en las relaciones con las personas.

Entre los diferentes tipos de trastornos de ansiedad podemos encontrarnos:

- Trastorno de pánico. La persona sufre ataques de pánico de forma repentina y momentos de miedo intenso pero sin existir un peligro real. Este tipo de ataques son rápidos y pueden durar varios minutos.

- Trastorno de ansiedad generalizada. La persona se preocupa excesivamente por problemas comunes como la salud, la situación económica o laboral, la familia... Estos episodios duran al menos 6 meses.
- Fobias. En este caso se experimenta un miedo intenso a algo pequeño o que no supone un peligro real (volar, arañas, alturas,...)

Existen varios factores de riesgo que aumentan el riesgo de aparición de alguno de estos tipos de trastorno de ansiedad:

- Eventos traumáticos en la infancia o en la edad adulta.
- Antecedentes familiares
- Afecciones de salud física como, por ejemplo, problemas de tiroides o arritmias.
- Rasgos de la personalidad como ser tímido o retraído.

2 Objetivos

- Describir los aspectos más importantes a tener en cuenta en relación con los trastornos por ansiedad.
- Concienciar sobre lo importante del trato especial a este tipo de pacientes.

3 Metodología

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”. Se han seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el día a día del trabajo de un Técnico en Cuidades Auxiliares de Enfermería (TCAE) puede darse el caso de encontrarse con la situación de tener que lidiar con un paciente que sufra un trastorno por ansiedad y es conveniente, ante esta situación, saber como tratarlo para facilitar su visita y evitar complicaciones en la relación con el paciente, evitando que se desencadene su problema con la ansiedad.

Con este tipo de pacientes es importante tener en cuenta que hay que intentar reducir el tiempo de visita al centro, que no tenga que esperar mucho y que las citas sean lo más cortas posibles y mantener las citas lo más próximas entre ellas.

Lo ideal es que el paciente se vaya con un buen recuerdo y minimice así los estímulos que le provocan esa sensación de ansiedad. Durante su cita tenemos que prestar especial atención a la comunicación verbal y no verbal, no debemos manifestar señales de aburrimiento ni cuchichear entre el equipo, hay que prestarle siempre una atención continua.

En caso de tener que realizar algún tratamiento, debemos ir dando la información necesaria al paciente para que se sienta participe: el procedimiento que se va a realizar, el uso del material, si algo pueda llegar a molestarle o no, ...

Si en algún momento se detectara algún síntoma de incomodidad por parte del paciente debemos intentar distraerlo, tranquilizarlo con palabras o gestos amigables. Si esto no funciona, podemos recurrir a técnicas de respiración y relajación. Es importante que el paciente se sienta en buenas manos y seguro, y en caso de que la situación de ansiedad persista o vaya en aumento, se puede recurrir a la utilización de medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

El simple hecho de tener que acudir a una cita médica o a un centro sanitario, que para cualquier otra persona puede ser algo rutinario o normal, puede ser una situación difícil de afrontar para una persona que sufre un trastorno de ansiedad. Hay que prestar especial atención ante el mínimo síntoma de que una persona puede sufrir un tipo de estos trastorno para poder adoptar un protocolo de actuación adecuado a la situación y el paciente, ya que este tipo de pacientes necesita un trato especial para poder suavizar la percepción de la situación que está viviendo y que puede provocarle estrés, angustia o ansiedad.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-a-una-paciente-con-ansiedad/>
3. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-un-paciente-con-ansiedad/>

Capítulo 115

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR

RAQUEL PORTAS RIOS

1 Introducción

El trastorno bipolar también se conoce como trastorno afectivo bipolar (TAB) y se dice que es como una psicosis maníaco-depresiva. Se puede decir que engloba a un conjunto de trastornos que influyen en el estado de ánimo de una persona, y destaca cambios en el humor, pensamiento, comportamiento, energía y capacidad para realizar actividades diarias.

Este tipo de trastorno afecta a la persona durante meses o largos períodos de tiempo como años, donde se mezclan comportamientos normales junto con episodios de depresión y maniáticos.

La persona que posee este trastorno, influye en gran manera en su estado de ánimo, como con manías, episodios alegres, eufóricos, depresión, tristeza...

Se pueden observar diferentes tipos de trastorno bipolar que veremos más adelante en el apartado de resultados, ahora vamos a nombrarlos solamente:

Trastorno bipolar tipo 1, el tipo 2 y ciclotimia o trastorno bipolar no especificado. Suele presentarse en jóvenes adultos, y provoca un alto coste social siendo el causante de una discapacidad laboral a nivel mundial, pero la gente que lo padece tienen mayor riesgo de suicidarse, de tener accidentes y de sufrir enfermedades cardiovasculares.

El origen del trastorno parece ser orgánico aunque no se conocen todos los factores biológicos pero se debe a una alteración en los neurotransmisores.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo de libro es saber cuáles son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en cuanto a personas que padecen este trastorno.

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

A continuación, en este apartado de resultados, explicaremos los diferentes tipos de trastorno que hay:

-Trastorno bipolar tipo 1: tiene lugar en personas que hayan sufrido episodios maniáticos junto con una fase depresiva. Es habitual que las personas hayan tenido episodios depresivos mayores en otros momentos. Para poder diagnosticarlo, la persona debe de padecer más de un episodio maniático, pero no es necesario que esa un episodio maniático para poderse diagnosticarlo aunque aparezca de forma frecuente.

-Trastorno bipolar de tipo 2: destaca por episodios mayores de depresión, así como episodios hipomaniacos. Estos episodios hipomaniacos no llegan hasta el extremo de causar o provocar alteraciones en las relaciones sociales u ocupacionales y no tienen rasgos psicóticos. Es mucho más difícil de diagnosticar que el trastorno bipolar del tipo 1. Estos episodios hipomaniacos pueden aparecer cuando la persona tiene un alto nivel de productividad. Puede darse la aparición de síntomas psicóticos durante la depresión pero no en episodios hipomaniacos. Dependiendo de la cantidad o del número de episodios, puede ser ciclado rápido, que es cuando aparecen cuatro o más episodios a o largo de un año entero, el catatónico, melancólico y crónico.

-Trastorno bipolar tipo 3: se conoce como el trastorno bipolar geriátrico, en pacientes de más de 50 años de vida, donde los mecanismos cerebrales que se encargan de regular o controlar el ánimo cuando se encuentran alterados bien sea de forma estructural, por fármacos, drogas, alteraciones en las hormonas, estrés o bien por lesiones cerebrales causando un trastorno bipolar tardío.

Algunas de las funciones del técnico de enfermería pueden ser las siguientes: estos profesionales sanitarios tienen como función proteger la salud física y mental de los pacientes atendiendo todas las necesidades de los pacientes que no pueden atenderse por sí mismos.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro sobre los trastornos mentales, se debe de tener en cuenta que la salud mental es de gran importancia debido a que conduce a tener una imagen positiva de sí misma y de los demás teniendo relaciones de calidad satisfactorias con el resto de amigos, familiares y personas del entorno. Tener una buena salud mental, ayuda a tomar decisiones buenas y poner frente a desafíos en la vida diaria que esta nos puede poner a prueba, como en el hogar, en el trabajo, en la escuela o en otros lugares que solemos frecuentar como rutina diaria en nuestras vidas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 116

EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO Y LA INTERVENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MARIA BUSTELO LOBO

1 Introducción

Se define como aislamiento hospitalario, al conjunto de medidas o barreras de seguridad que usan los profesionales sanitarios en el ámbito hospitalario para separar o alejar a las personas infectadas sobre todo durante el periodo de transmisibilidad de las personas que son vulnerables por otras enfermedades o problemas de salud que padezcan y esta infección pueda agravar su estado de salud y hasta en algunos casos costarles la vida. Está acondicionado ante la sospecha o confirmación de la patología.

En estos casos, existe un protocolo que aparte del personal sanitario, también deben de cumplir los familiares o visitas para evitar que se contaminen también con esta infección y el foco sea mayor.

También puede haber diversos tipos de aislamientos hospitalarios, en función de la patología que presente el paciente que explicaremos en el apartado de resultados.

El lavado de manos en todos los ámbitos del medio hospitalario, ayuda a prevenir un gran número de infecciones o contagios, que consiste en lavar las manos con agua y jabón antes y después de entrar en contacto con el paciente porque las manos es una de las principales vías de transmisión de gérmenes que se realiza de forma involuntaria sin que nos demos cuenta de ello.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo de libro, es saber y conocer cuáles son algunas de las funciones del TCAE en este servicio y los tipos de aislamiento hospitalario que hay.

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

A continuación, vamos a hablar de los siguientes tipos de aislamientos hospitalarios que hay:

-Aislamiento de contacto, se usa cuando pueda existir una enfermedad que sea transmitida por contacto directo como secreciones, exudados, con el paciente o materiales que estén en su mismo ambiente como por ejemplo hepatitis A, herpes simple, varicela, clostridium, pediculosis, estafilococcus aureus...

El personal sanitario para adentrarse en este aislamiento deben de usar guantes, bata y desinfectar las superficies y lavar las manos antes de entrar y después de tocar al paciente para evitar propagar la infección.

-Aislamiento por gotas, son partículas de cinco micras que son expulsadas al hablar, al toser o al estornudar que quedan en suspensión en el aire. Algunos ejemplos son la rubeola, tosferina, coqueluche, faringitis, meningitis...

El personal debe de lavar las manos antes y después de tocar al paciente, usar mascarilla, guantes y bata y desinfectar todos los artículos contaminados.

-Aislamiento respiratorio, las partículas infecciosas permanecen flotando en el aire durante un largo período de tiempo y algunos ejemplos son la varicela, rubeola, tuberculosis, neumonía, TBC pulmonar, coronavirus, etc.

El personal sanitario debe de tener al paciente en un cuarto aislado con presión negativa de aire, la puerta debe permanecer cerrada, se debe de usar mascarilla y guantes y bata, se deben de lavar las manos antes y después de tocar al paciente, etc.

-Aislamiento protector o inverso, se usa en pacientes inmunosuprimidos para protegerlos con el fin de evitar que contraigan cualquier tipo de infección debido a las bajas defensas como los trasplantados, leucemia, quemaduras...

El personal sanitario debe usar mascarilla, guantes, bata.

Algunas de las funciones del TCAE en los aislamientos pueden ser: cambio de la ropa de cama, control de líquidos y diuresis, ayuda a la hora de la comida si lo necesitan, ayuda a la ducha, cambio de pañales si llevan.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro, se debe de tener en cuenta que una buena higiene de manos y de la persona entera en sí, reduce el riesgo de padecer infecciones que tienen relación con atención sanitaria. Esta opción es muy eficaz sobre todo para los profesionales sanitarios que trabajan en el interior del medio hospitalario, puesto que todos los días bregan con sustancias biológicas que puedan ser peligrosas o contagiosas para las demás personas poniendo en riesgo la salud de otras personas, por lo que se debe de seguir el protocolo de higiene y seguridad de forma estricta para evitar problemas de salud.

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 117

EL SÍNDROME DEL BURN OUT Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

SUSANA MARTINEZ GONZALEZ

1 Introducción

El síndrome del burnout es un estado o nivel muy elevado de estrés como respuesta a factores estresantes en el ambiente de trabajo, provocando fatiga crónica y otros síntomas que afectan a la salud.

También se conoce como síndrome del desgaste ocupacional, del trabajador desgastado, consumido, quemado por el trabajo, cabeza quemada. Es decir, el trabajador está sometido a unos niveles de ansiedad y de estrés muy elevados que puede llevarle a contraer diferentes problemas en la salud que sean negativos o perjudiciales.

El personal más vulnerable y con más probabilidad de padecer estos trastornos suele ser los profesionales de la salud, debido a la falta de organización por parte de algunas empresas o demasiado trabajo para una sola persona o para varias personas. Los compañeros de trabajo también pueden ser duros o incomprensibles con el resto de trabajadores y en ocasiones incluso quieren "hacer la vida imposible" a algunos compañeros, humillándoles y haciéndoles sentir mal. A esto además se le suma la gran carga del trabajo que a estas personas se les atribuye, por lo que resulta muy difícil ir a trabajar en estas condiciones. Estas situaciones pueden traer efectos negativos en la salud de las personas y a la larga pueden provocar graves problemas de salud y trastornos de diversa gravedad.

2 Objetivos

- Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta en relación con el Síndrome de Burnout por el personal de enfermería.

3 Metodología

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

Este síndrome es muy frecuente en ámbitos sanitarios como médicos, enfermeras, radiólogos, farmacéuticos, celadores, técnicos de laboratorio, administrativos sanitarios, odontólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, trabajadores sociales...

Algunas formas de comportarse pueden ser las siguientes:

- Cansancio emocional, agotamiento emocional debido a las normas estrictas o exigencias por parte del trabajo.
- El trabajador se muestra indiferente por todo, muestra actitudes apáticas frente a todo el mundo y todo le resulta indiferente.
- Tiene poca o baja realización personal, no tiene en cuenta sentimientos exitosos y de realización personal.

Algunos síntomas pueden ser los siguientes:

- Psicosomáticos: dolor de cabeza, molestias en el estómago, insomnio, etc.
- Conductuales: problemas a la hora de relacionarse con los demás, o presentarse al trabajo, etc.
- Emocionales: distanciamiento con la gente, ansiedad, peor rendimiento laboral, etc.
- Defensivos: negarse de que posee todos estos síntomas o lo relaciona con otras causas.

Principalmente, la persona que padece este síndrome tiene un sentimiento fuerte de impotencia, porque en el momento en el que se levanta ya se siente cansado. El

trabajo se le hace eterno, siente que nunca se le termina y lo hace "por cumplir". Estas sensaciones suelen estar más presentes una vez que la persona ha finalizado su jornada laboral, cuando se lleva un largo período de tiempo en el mismo trabajo o cuando el salario no es proporcional a las horas trabajadas.

El personal de enfermería, en la consulta, debe de escuchar las personas que padecen este síndrome y facilitar que exprese cómo se siente y cuáles son sus sentimientos, preguntarle en qué se le puede brindar ayuda, no juzgarle, entenderle y comprenderle, ponernos en su lugar para hacerle sentir más cómodo y seguro.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro, se debe tener en cuenta que este síndrome puede ser bien manejado por todos los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito de la salud si obtuviesen una información adecuada. Es importante formar al profesional para establecer relaciones sanas con el resto de compañeros, a trabajar en equipo, brindándose apoyo unos a otros para, entre todos, lograr un buen equipo de trabajo y obtener los mejor resultados posibles. Esto nos llevará al éxito en nuestro ámbito laboral y creceremos como personas exitosas, tanto en el ámbito laboral como en el resto de ámbitos de nuestras vidas, sintiéndonos mejor con nosotros mismos.

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 118

ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE LA ANSIEDAD EN MUJERES DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA

TAMAR BLANCA SERRANO

1 Introducción

En la actualidad detrás de las enfermedades cardiovasculares se sitúan las enfermedades mentales como la segunda causa de carga por enfermedad en la sociedad. Los trastornos mentales proporcionan a las personas una gran disminución en la calidad de vida de los mismos, además, provocan una gran carga económica y social.

La ansiedad (1) es un estado emocional alterado cuyo origen suele estar poco definido y va acompañado de alteraciones fisiológicas y de comportamientos similares a los causados por la sensación de miedo. La ansiedad y la depresión son altamente prevalentes entre los pacientes que acuden a centros de salud y farmacias comunitarias pidiendo ayuda.

Los Síntomas (2) de la ansiedad:

- El paciente siente nerviosismo, tensión, amenaza de peligro, por lo que aumenta el ritmo de su corazón y se le acelera la respiración.
- Dificultad en conciliar el sueño.
- Habitualmente está asociado a problemas gastrointestinales.

Existen varios tipos de ansiedad:

- Agorafobia
- Ansiedad debido a una enfermedad
- Ansiedad generalizada

- Pánico
- Fobia: social, específicas,...
- Ansiedad inducida por medicamentos y otras sustancias
- Otros trastornos de ansiedad específico y no específico

Los síntomas de ansiedad mostraron (3) una relación negativa en el entorno y el ambiente al igual que los síntomas de estrés tuvieron una asociación negativa en el dominio psicológico.

Y entre los síntomas físicos la diarrea y el dolor torácico (4) son síntomas asociados con ansiedad fácilmente localizables pero que se podrían confundir con otro tipo de patologías. Además, hay artículos que nos indican que el microbioma intestinal (5) de pacientes con ansiedad muestran una diversidad alfa menor que la del grupo de pacientes que no sufren ansiedad. Por todo ello, la prevalencia de síntomas de ansiedad además se han encuadrado dentro de los factores socio-demográficos (6).

Las publicaciones científicas sobre ansiedad (7) son más prevalentes que los relacionados con depresión, posiblemente debido a las características de las propias muestras, donde la mayoría de pacientes presentan un perfil disfuncional.

Existen estudios principalmente en mujeres, concretamente en embarazadas y lactantes (8) donde las emociones inestables se consideran normales y des-cuidadas. Por lo que parece justificada la necesidad de aumentar la educación en esta área para prevenir la depresión prenatal y posparto junto a la ansiedad.

Palabras clave: ansiedad, mujeres, cumplimiento del tratamiento.

Hipótesis de trabajo:

El incremento de información y concienciación por parte de las farmacéuticas comunitarias a mujeres con ansiedad disminuirá los síntomas físicos de las mismas.

2 Objetivos

Estimar la tendencia en la prevalencia, concienciación, tratamiento y control de la ansiedad en mujeres que acuden a la farmacia comunitaria. Se proporcionará información útil sobre el uso de los servicios de salud y promoción de la salud por parte de las farmacéuticas comunitarias.

3 Metodología

Material:

Material didáctico para el apoyo de las farmacéuticas que realicen atención farmacéutica para fomentar la salud, además de folletos informativos para las pacientes y los formularios para la protección de datos, etc.

Método:

Se realizará el estudio en aquellas farmacias comunitarias de España que deseen colaborar con sus pacientes que sufren ansiedad. Se explicará a las farmacias el procedimiento a seguir a través de los colegios profesiones de farmacéuticos, sociedades científicas y congresos.

Las farmacéuticas desempeñan un papel muy importante en la concienciación y control de las enfermedades de las mujeres, ya que son las personas que más frecuentan las farmacias comunitarias.

Las farmacéuticas por su experiencia como educadoras sanitarias, su buena formación y su proximidad a la población son las sanitarias más adecuadas para la promoción de la salud.

En todos los casos, como primera medida se necesitará que firmen autorización de consentimiento informado y de protección de datos.

Serán incluidas en la muestra mujeres de más de 18 años con síntomas de padecer ansiedad, sin ser necesario que estén previamente diagnosticadas. En caso de estar embarazadas o lactantes se indicará y no se le recomendará ningún producto natural como precaución. Se recomendará que las pacientes acudan a la farmacia a los tres meses, para ver la evolución de los síntomas de las pacientes.

En el estudio, la paciente realizará un cuestionario que consta de 21 preguntas denominado “Inventario de Ansiedad de Beck”(9), como herramienta útil para valorar los síntomas y poder detectar si nuestras pacientes se encuentran dentro de una ansiedad, muy baja, moderada o severa (Anexo).

El cuestionario proporciona puntuación entre 0 y 63. El resultado obtenido son los siguientes:

- 00–21 - Ansiedad muy baja
- 22–35 - Ansiedad moderada
- más de 36 - Ansiedad severa

Cada puntuación Indica:

- 0 Indica en absoluto
- 1 Indica levemente, no me molesta mucho
- 2 Indica moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo
- 3 Indica severamente, casi no podía soportarlo

Tras conocer el grado de ansiedad que presenta la paciente se tendrá que analizar el tratamiento farmacológico que toma la paciente si es que o tuviera prescrito, y

habría que aconsejarla sobre su futuro tratamiento no farmacológico como son:

- Asesorar sobre hábitos saludables
- Realización de ejercicio
- Biblioterapia
- Yoga y otras técnicas de relajación
- Psicoterapia: de apoyo, cognitivo-conductual
- Tratamiento natural, aumento de vitaminas, minerales y probióticos.

Sobre todo que la paciente sienta empatía por parte de las farmacéuticas. Se debe incidir en cambiar los hábitos de las pacientes que acuden a la farmacia.

En todo el proceso habrá que cambiar las costumbres para la mejora de su calidad de vida: tomar de forma adecuada la medicación, crear hábitos saludables, asesorar sobre una alimentación controlada, realización de ejercicio físico, informarlas sobre tratamientos naturales y si fuera necesario recomendar que visiten su centro de salud para que la deriven a psiquiatría y/o psicología.

A los 3 meses se las vuelve a citar, repetirán el cuestionario y podremos comprobar si va funcionando la atención farmacéutica.

4 Bibliografía

1.-Manual for Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. Odalis Isabel Fernández López, Bárbara Jiménez Hernández , Regla Beatriz Alfonso Almirall , Darelys Sabina Molina, Julia Rafaela Cruz Navarro. Medisur vol.10 no.5 Cienfuegos set.-oct. 2012

2.-Bibliografía: Mayo Clinimc Family Health Book 5° edition 1-800-291-1128 ©2023 - Mayo Clinic - 200 First Street SW - Rochester, MN 55905

3.-Symptoms of depression, anxiety and stress in health students and impact on quality of life. Freitas PHB, Meireles AL, Ribeiro IKDS, Abreu MNS, Paula W, Cardoso CS. Rev Lat Am Enfermagem. 2023 Apr 17;31:e3884. doi: 10.1590/1518-8345.6315.3884. eCollection 2023.PMID: 37075384

4.-Presence of anxiety and depression in gastroenterology outpatients in Metropolitan Lima. Saavedra Farach M, Astuquipan H.Rev Gastroenterol Peru. 2022 Jul-Sep;42(3):171-176.PMID: 36746497

- 5.-Association between gut microbiota and anxiety symptoms: A large population-based study examining sex differences. Kim SY, Woo SY, Raza S, Ho D, Jeon SW, Chang Y, Ryu S, Kim HL, Kim HN. *J Affect Disord*. 2023 Jul 15;333:21-29. doi: 10.1016/j.jad.2023.04.003. Epub 2023 Apr 7. PMID: 37031878
- 6.-Sociodemographic and occupational factors associated with anxiety symptoms in Community Health Agents. Barbosa MS, Freitas JFO, Praes Filho FA, Pinho L, Brito MFSF, Rossi-Barbosa LAR. *Cien Saude Colet*. 2021 Dec;26(12):5997-6004. doi: 10.1590/1413-812320212612.15162021. Epub 2021 Jul 28. PMID: 34909992
- 7.-Relationship between season of the year and severity of symptoms in patients with fibromyalgia. Castel A, Poveda MJ, Rodríguez-Muguruza S, Castro S, Fontova R. *Med Clin (Barc)*. 2023 Jan 20;160(2):60-65. doi: 10.1016/j.medcli.2022.04.009. Epub 2022 Jul 12. PMID: 35840365
- 8.-Vulnerable to mental health problems: Pregnant women and husband's perception in Surakarta, Indonesia. Kusumawati Y, Widyawati W, Dewi FST. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2022 Sep-Oct;32(5):334-343. doi: 10.1016/j.enfcl.2021.12.009. PMID: 36084999
- 9.-El inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. Jesús Sanz, María Paz García-Vera y María Fortún Universidad Complutense de Madrid (España). *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 20, N° 3, 2012, pp. 563-583

Capítulo 119

ORTOPANTOMOGRAFIA Y EL TÉCNICO EN IMAGEN Y RADIODIAGNÓSTICO

MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ

SANDRA JIMENEZ COLLADO

LAURA VEGA NOVILLO

ANTONIO MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

JARA CENDRERO SÁNCHEZ

1 Introducción

La ortopantomografía es, grosso modo, una radiografía de la cavidad bucal. Con ella se pretende llegar a las partes de la boca que a primera vista no son visibles y mediante esta técnica se alcanza un mayor campo de visión.

Las ortopantomografías han ido evolucionando a lo largo de la historia, desarrollándose a raíz de las radiografías estándar, pues se puede decir, que incluso ha tenido una rápida evolución en lo que a tecnología se refiere.

La primera radiografía fue realizada por Röntgen, quien realizó una proyección de los huesos de la mano de su esposa, si bien no se apreciaba como en una radiografía actual, aquello marco un antes y un después en la historia de la radiografía, y permitió que Otto Walkhoff en 1896 realizara la primera radiografía

dental. Posteriormente, comenzó el desarrollo de aparatos radiológicos dentales, iniciado por Mc Cormack , el cual fue pionero en tener laboratorio en el que se trataban las radiografías dentales. Al mismo tiempo, se iba evolucionando en la protección al paciente y al higienista dental, en la realización de ortopantomografías y en la exposición a los rayos X.

Las funciones de la ortopantomografía son diversas, ya que permiten estudiar la cavidad bucal de cada paciente para garantizar el mejor diagnóstico y así realizar los tratamientos dentales más adecuados. Sobre todo se utilizan para analizar caries, estudiar enfermedades periodontales y su evolución en el tiempo, garantizar la correcta erupción dental, entre otras funciones.

2 Objetivos

Describir la técnica y usos de la ortopantomografía.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente 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.

La palabra clave empleada para la búsqueda de información ha sido “ortopantomografía” y “radiología dental”.

Así mismo se ha consultado a profesionales acerca del uso que se da a las ortopantomografías.

4 Resultados

Etimológicamente, la palabra ortopantomografía proviene del griego. De un lado proviene de “orto” que significa “recto” y equivale también a “hacia arriba”; por otro lado tenemos “panto” que en griego significa “todo”; y por último “grafía” que es la grabación de las imágenes.

Una vez tenemos la etimología de la palabra “ortopantomografía” podemos señalar que significa una imagen de todo lo que crece en este caso en la cavidad bucal.

La ortopantomografía se define, en conclusión a todo lo señalado anteriormente, como una radiografía que permite ver la mandíbula, los maxilares y los dientes, en una sola imagen de dos dimensiones. Se trata de una técnica empleada para garantizar un correcto diagnóstico dental, pues entre las principales funciones para las que se realiza encontramos:

- Comprobar si existen caries ocultas: generalmente las caries se pueden observar echando un vistazo a la cavidad bucal, sin embargo, pueden existir caries ocultas que a simple vista el higienista dental no ve en la revisión.
- Existencia de dentición no erupcionados: el caso más conocido el de las muelas del juicio, aunque puede observarse cualquier diente no erupcionado. Se emplea sobre todo cuando comienza a erupcionar la dentadura adulta, de tal forma que se comprueba que tienen espacio suficiente, o que no haya dientes de más.
- Infecciones dentales: se permite observar si hay infecciones que afectan solo a los dientes o si alcanzan la raíz.
- Detección de enfermedades periodontales: con esta técnica se observa el alcance que puede tener una periodontitis o si se alcanza el nivel de piorrea. Gracias a esta técnica se garantiza un mejor diagnóstico de este tipo de enfermedades dentales que deben ser atajadas de forma inminente para evitar problemas mayores.
- Patologías óseas: al tratarse de una radiografía que muestra los maxilares y la mandíbula, se pueden observar si la mandíbula es simétrica, o si hay problemas con el tabique nasal.

Las ortopantomografías son beneficiosas, ya que permiten al higienista dental gracias al servicio de radiología, cerciorarse en el momento de tratar al paciente, de la existencia de alteraciones en la cavidad bucal.

Otro beneficio que tiene es, precisamente que se realizan en el momento de la consulta y se obtienen los resultados en pocos minutos siendo la radiación muy pequeña.

5 Discusión-Conclusión

La aparición de las radiografías dentales en general, y de la ortopantomografía en particular, supuso un antes y un después en el tratamiento de enfermedades bucales, y de realizar diagnósticos dentales eficaces.

La evolución de la radiología dental y de la tecnología empleada para ello permite que en cada consulta dental existan ortopantomógrafos, al tratarse de aparatos que caben en una habitación y que permiten realizar la radiografía, ya sea estando el paciente en pie o sentado sobre la camilla.

Además, como ya se ha señalado la tecnología permite que se obtengan los resultados radiográficos en apenas unos minutos, con una escasa radiación, y con entrada directa a los equipos informáticos, lo cual es un gran avance al no tener que acudir al laboratorio para revelar los resultados.

Por lo tanto, se destaca la importancia de poder contar con este sistema para poder realizar el mejor diagnóstico posible al paciente.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000300009
2. https://eprints.ucm.es/22489/1/La_ortopantomograf%C3%ADa_en_el_diagn%C3%B3stico_de_la_simetr%C3%ADa_mandibular_en_ni%C3%B1os_con_y_sin_mordida_cruza.pdf
3. <https://revistamedica.com/radiografia-dental-panoramica-ortopantomografia/>

Capítulo 120

ERRORES DE ACOGIDA AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE RADIOLOGÍA POR EL TÉCNICO EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO

MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ

JARA CENDRERO SÁNCHEZ

ANTONIO MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

LAURA VEGA NOVILLO

SANDRA JIMENEZ COLLADO

1 Introducción

En el servicio de Radiología, el técnico podrá encontrar a pacientes con algún problema auditivo, oftalmológico, deterioro cognitivo, etc. Pero deberá saber responder a este tipo de complicación para ayudar al paciente a sentirse cómodo.

El técnico también deberá ser capaz poder realizar la prueba correspondiente con total empatía, delicadeza y por supuesto para que el paciente comprenda que tipo de prueba diagnostica se le va a realizar.

Es importante recordar que el facultativo deberá indicar en el documento en el cual realiza la petición de la prueba diagnóstica si existe algún tipo de discapacidad o problema anatómico o psicológico. En todo momento el paciente debe notar

que el técnico especialista en radiodiagnóstico está implicado en esta técnica que no vea desconfianza o falta de experiencia en la realización de la prueba.

El técnico especialista en radiodiagnóstico deberá ser accesible a cualquier paciente, deberá resolver las dudas que puedan surgir en el tiempo de atención de estancia de este en el servicio de radiología. La acogida del paciente debe ser en el momento que llegue el paciente a la unidad, generalmente es aconsejable realizar esta acción, con ello podremos evitar errores que puedan surgir antes de realizar la prueba correspondiente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir qué tipo de errores pueden aparecer durante la atención en el servicio de radiodiagnóstico por el técnico especialista en radiodiagnóstico.

Objetivo secundario:

- Determinar qué tipo de actuaciones realizará el técnico especialista en radiodiagnóstico para evitar errores.

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 realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane. Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre el lenguaje de signos y su interpretación.

Palabras clave: radiología, cuidados, error, servicio. Se han incluido textos en inglés y español. Textos con validez científica.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliografía hemos podido documentar e informar los artículos encontrados en los cuales nos indicaban que tipo de errores son más frecuentes en la hora de atención, cuidados y realización de pruebas diagnósticas durante la estancia del paciente en la unidad de radiología.

El principal error que puede aparecer es en el momento de llamamiento al paciente, el cual puede no tener los conocimientos de funcionamiento de la unidad y quiere que lo atiendan sí o sí. Para ello el técnico deberá cerciorarse que el paciente el cual ha llamado es el que corresponde. No solo preguntara el nombre, comprobara apellidos, fecha de nacimiento y de que medico puede venir derivado.

Otro error frecuente es la realización de una prueba diagnóstica que no corresponde por defecto en el entendimiento de la letra ilegible del facultativo. En este caso, el técnico realizará las llamadas o actuaciones pertinentes y comprobará cuál es la zona atómica que quieren estudiar o diagnosticar.

Se debe comprobar si el paciente presenta algún tipo de alergia para evitar el error de shock anafiláctico, y urgencia vital. El técnico en el servicio de radiología deberá comprobar si el paciente que va a realizar la técnica radiológica tiene algún tipo de alergia, intolerancia, debido a la realización o posibles administraciones de contrastes para la prueba en cuestión.

El técnico también deberá evitar el error de no informar al paciente que tipo de técnica, prueba le va a realizar para evitar la ansiedad o estrés del paciente. Para ello adecuará sus palabras o explicará detalladamente que se le va a realizar y qué efectos puede conllevar con esa prueba.

En caso de realizar algún error habrá que informar de lo sucedido y se tomaran las medidas pertinentes realizando los cuidados que sean necesarios con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión clara y concisa, los cuidados que debe realizar el técnico especialista en su unidad de radiología son para y por el paciente, con lo cual será consciente de cada movimiento, atención y por supuesto realización de las pruebas y evitará los errores que puedan suponer un tiempo de estancia hospitalaria o errores diagnósticos.

Se ha podido comprobar que una comprobación de datos personales evitara algún error a la hora de la realización de la prueba.

Como se ha incluido en nuestros resultados, no solo comprobar en el llamamiento del paciente nombre, también alergias, etc. El técnico deberá estar formado en todas las técnicas radiológicas en su unidad para poder evitar errores irreversibles.

6 Bibliografía

1. D. Martínez, V. de la Llana, M. Agulla, C. Andrés, R. Torres, etc. “Dosis al paciente en una sala de radiología intervencionista”. Póster para la II Jornada RSEF/IFIMED de Física Médica, 2018.
2. Stewart Carlyle Bushong, ScD, FACR, FACMP Manual Para Técnicos Edición 9.2009; p 426.

Capítulo 121

ECOCISTOGRAFÍA COMO PROCEDIMIENTO RADIODIAGNÓSTICO EN LOS REFLUJOS VESICoureTERALES Y EL TÉCNICO EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO

MARIA YOLANDA DIAZ RODRIGUEZ

SANDRA JIMENEZ COLLADO

LAURA VEGA NOVILLO

ANTONIO MARÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

JARA CENDRERO SÁNCHEZ

1 Introducción

En la revisión bibliográfica que conlleva este capítulo, vamos a comparar la efectividad, fiabilidad y si es lo esperadamente sensible para detectar reflujo vesicoureterales “RVU”, siendo un proceso frecuente en edad pediátrica, prescindiendo de las radiaciones ionizantes para proteger al máximo al paciente, ya que la ecografía es una técnica de diagnóstico de imagen inocua para el paciente

pediátrico y adulto, es decir, no tiene consecuencias perjudiciales en el organismo.

Ofreciendo información momentánea y simultánea de las vías urinarias (uretra, vejiga, uréteres y riñones). Reflujo Vesicoureteral “RVU”: flujo anómalo que retrocede desde la vejiga por los uréteres que conectan ambos riñones con la propia vejiga.

Es decir la orina fluye en dirección errónea después de entrar en la vejiga, de vuelta a los riñones y puede aumentar la probabilidad de desarrollar una infección del tracto urinario (ITU).

La infección del tracto urinario “ITU” es provocado por la colonización de las vías urinarias por microorganismos patógenos, que provocan una respuesta inflamatoria ocasionando signos y síntomas urinarios y sistémicos.

El motivo de que aparezca el reflujo vesicoureteral es el resultado de un defecto de la maduración del mesodermo mesonéfrico. Debiéndose la gran mayoría de los casos a una anomalía en el funcionamiento del esfínter uterovesical.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este capítulo:

Describir el uso de la ecografía con contraste ecopotenciador (ecocistografía) para diagnosticar el reflujo vesicoureteral.

Como objetivo secundario:

Mostrar la labor del servicio de radiología del que forma parte del técnico en imagen y radiodiagnóstico.

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: Scielo, Healthychildren, Biblioteca virtual em saúde, ScienceDirect, Pubmed. Seleccionando artículos científicos específicos, procedentes de publicaciones especializadas en el tema a tratar.

4 Resultados

Nos encontramos ante una prueba que está prescrita por los facultativos para la infección de orina que puede derivar en la existencia de un reflujo vesicoureteral “RVU” tanto en el adulto como en los menores. Estas afecciones están muy relacionadas con los pacientes pediátricos. Lo que buscamos es certificar o descartar el propio reflujo con una técnica en ningún caso perjudicial.

Antes de empezar la prueba, habrá que tener en cuenta que todo el material que se va a utilizar tiene que estar estéril, al igual que la camilla y sala de exploración deberán estar asépticas para evitar complicaciones, como nuevas infecciones, enfermedades nosocomiales...

Pasamos al paciente a la camilla de la sala de exploración. Se le introduce una sonda (catéter) por la uretra. A continuación, empezamos a rellenar la vejiga con suero fisiológico, al que añadiremos un medio de contraste especial para ecografías (microburbujas), el cual si va a permitir diferenciar y mejorar la visibilidad de las vías urinarias durante la prueba. En el tiempo en el cual se va llenando la vejiga, el radiólogo chequeará con el ecógrafo si hay existencia de “RVU”.

Para terminar el estudio, es necesario obtener información durante la micción. Se guardarán todas las imágenes diagnósticas, que el radiólogo crea oportunas para el posterior informe. La duración total de la exploración puede variar en función de la edad del paciente y el grado de colaboración. Está estimada entre 20-30 minutos.

Hay que tener en cuenta el sexo del paciente, ya que el tamaño de la uretra varía bastante. La uretra femenina es mucho más corta que la del hombre que puede medir cerca de 20 cm, suele medir entre 3,5-4 centímetros de largo y se abre al exterior justo encima de la vejiga.

5 Discusión-Conclusión

La ecocistografía con contraste especial para ecografías, es una técnica muy segura, factible y con alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico del reflujo vesicoureteral y presenta como ventaja principal con respecto a la CUMS, la ausencia de emisión de radiaciones ionizantes.

Una característica y evidencia muy importante para no radiar al paciente y

menos aún siendo este "pediátrico". La total concordancia de los hallazgos convencionales y ecográficos, parece confirmar la importancia del método ecográfico para el diagnóstico y estadificación del reflujo vesicoureteral.

Consejos para los pacientes:

-Ingerir frecuentemente líquidos para estimular el vaciado de la vejiga así los gérmenes terminan siendo más vulnerables.

-Educación sanitaria para conseguir hábitos de micción saludables.

6 Bibliografía

1. Farina R, Arena C, Pennisi F, Di Benedetto V, Politi G, Di Benedetto A. Retrograde cystography US. A new ultrasound technique for the diagnosis and staging of vesicoureteral reflux; L'ecocistografia retrograda: una nuova tecnica ecografica per la diagnosi e stadiazione del reflusso vescico-ureterale. Radiol Med (Torino) [Internet]. 1 de mayo de 1999 [citado 27 de octubre de 2022];97. Disponible en: <https://www.osti.gov/etdeweb/biblio/20039405>
2. Reflujo vesicoureteral (RVU) en bebés y niños pequeños [Internet]. Healthy-Children.org. [citado 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/healthissues/conditions/genitourinary-tract/Paginas/Vesicoureteral-Reflux-in-nfants-Young-Children.aspx>
3. Berrocal T, Gutiérrez J, Prieto C, Jaureguizar E. Diagnóstico del reflujo vesicoureteral mediante ecocistografía. Estudio preliminar. Pediatrka Madr. 2000;19-26.
4. Berrocal Frutos T, Gayá Moreno F, Gómez León N, Jaureguizar Monereo E. Ecocistografía con contraste: una nueva modalidad de imagen para diagnosticar el reflujo vesicoureteral. An Pediatría. 1 de enero de 2000;53(5):422-30.
5. Alonso Usabiaga I, Bravo Bravo C, García-Herrera Taillefer P, Valls Moreno E, Ceres Ruíz ML. Técnicas de imagen en el reflujo vesicoureteral. Arch Esp Urol Ed Impresa. marzo de 2008;61(2):135-46.

Capítulo 122

ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA CIRUGÍA MOHS

LUCÍA RIVERA ENDRINAL

GEMMA PALENCIA LÓPEZ

MARTA AGUIRRE MORENO

BEATRIZ RIGOTE MORENO

MARIA SANCHEZ-MONTAÑEZ BARBA

1 Introducción

La cirugía de Mohs se utiliza para tratar los tipos de cáncer de piel más frecuentes, el carcinoma de células basales y el carcinoma epidermoide, así como algunas clases de melanoma y otros tipos de cáncer de piel más inusuales.

Se trata de un procedimiento quirúrgico que se usa para extraer el cáncer de piel en varias etapas. Se realiza con tejido en fresco, donde se realizan cortes por capas. En este tipo de cirugía se realiza un corte diferente al de la cirugía convencional, ya que observa los bordes quirúrgicos más distales de la pieza y los planos más profundos de la misma. Primero se extrae una capa delgada de tejido canceroso. Después se extrae una segunda capa delgada de tejido y se observa al microscopio para verificar si hay células cancerosas. Se extraen más capas de tejido una por una hasta que el tejido que se observa al microscopio muestra que no queda cáncer. Este tipo de cirugía se usa para extraer la menor cantidad posible de tejido sano.

En el laboratorio de Anatomía Patológica se realiza un estudio intraoperatorio de las muestras recibidas. Este proceso requiere la actuación del Técnico de Anatomía Patológica, que se encarga del corte y tinción de la muestra y del Patólogo que evalúa la muestra microscópicamente y comunica los resultados al dermatólogo.

2 Objetivos

- Conocer en qué consiste la cirugía Mohs.
- Conocer la importancia del Servicio de Anatomía Patológica en esta técnica y la labor del Técnico Especialista en Anatomía Patológica.

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 cirugía Mohs se suele realizar de manera ambulatoria. El dermatólogo deberá haber solicitado previamente un estudio intraoperatorio al Servicio de Anatomía Patológica.

El cirujano extirpa la parte visible del tumor y además una capa subyacente de tejido. Con un rotulador quirúrgico señala la zona donde realiza la incisión y marcará con puntos de sutura la pieza para que pueda orientarse y la envía en fresco al laboratorio de Anatomía Patológica a través de un celador que deberá entregarla en mano al Técnico Especialista en Anatomía Patológica (TEAP).

En primer lugar, se procede al registro de la muestra por parte del Personal Administrativo que dará un número de estudio intraoperatorio y se avisa inmediatamente al Patólogo. Todas las muestras que se reciban del mismo caso tendrán el mismo número de estudio intraoperatorio, asignando letras diferentes por orden alfabético a cada una de las muestras.

El TEAP tendrá preparada la mesa de tallado con instrumental y tintas de colores.

El Patólogo procede a realizar un mapeo y corte de la pieza y pinta los extremos de los diferentes cuadrantes para orientar el corte y mantener dicha orientación cuando realice la evaluación con el microscopio. Cada uno de los cortes realizados en la muestra (generalmente suelen ser cuatro) se le entregan al TEAP. Dichos cortes se incluirán en las pletinas del criostato con OCT para su correcta fijación y que no se despeguen y se congelan con nitrógeno líquido.

A cada uno de ellos se le asigna el número de intraoperatoria y una letra. Así estarán identificados cada uno de los cuadrantes de la muestra con una letra. De esta forma, si microscópicamente hay algún margen afectado, sabremos en qué zona exactamente se localiza y el lugar donde el cirujano tendrá que profundizar. EL TEAP realiza los cortes a 4 micras y se recogen cortes seriados en dos portaobjetos con dos cortes cada uno. En el primer corte no se profundiza demasiado, siendo el último corte el que contenga toda la superficie de la muestra hasta la zona pintada con tinta. De esta forma, si se encuentra tumor en el cuarto corte, pero no en los anteriores, no será necesario profundizar más.

Una vez realizados los cortes en el criostato se fijan durante 30 segundos en alcohol de 70 grados y se realiza la tinción rápida de Hematoxilina-Eosina para la posterior visualización al microscopio. Dicha tinción consta de los siguientes pasos:

- Hematoxilina durante 2 minutos
- Lavar en agua rápidamente.
- Eosina alcohólica durante 30 segundos.
- Pases por alcoholes en concentración ascendente hasta alcohol absoluto.
- Xilol unos segundos.
- Se coloca un cubreobjetos con un medio de inclusión para que la preparación pueda conservarse.

A continuación, el TEAP entrega los portaobjetos al Patólogo que procederá a la evaluación microscópica y comunicará el resultado al cirujano.

La cirugía Mohs se trata de una técnica con una elevada tasa de curación, por lo que da mucha seguridad tanto al cirujano como al paciente. La cirugía de Mohs puede ser preferible cuando el cáncer está en un área donde es importante extraer tan poco tejido como sea posible, como el cuero cabelludo, la cara, el cuello, las manos, los pies, las uñas, las espinillas o los genitales. También en zonas donde hay una cicatriz o se utilizó un tratamiento de radiación previo y donde haya mayor probabilidad de que el tumor regrese, como en las orejas, labios, nariz, párpados, sienes, manos, pies, uñas o genitales.

También es preferible realizar la técnica en casos de cáncer de piel que ya ha sido tratado y no se extrajo completamente o regresó, cuando el sistema inmunitario

no funciona bien debido al cáncer o cuando el tumor es muy profundo.

La técnica requiere un equipo especializado para llevarla a cabo con éxito. Desde el cirujano que realiza la cirugía, como el Patólogo que realiza los cortes en la muestra recibida y su posterior evaluación microscópica, como el TEAP que debe realizar correctamente los cortes al criostato sin agotar la muestra y realizar correctamente su tinción.

Tras el corte y tinción de la muestra, al microscopio se observa cómo se han teñido las diferentes estructuras del tejido, quedando el citoplasma en color rosa anaranjado teñido por la Eosina y los núcleos teñidos en azul por la Hematoxilina. Si se encuentra tejido afectado, el cirujano tendrá que profundizar más y se vuelve a repetir el proceso completo. Si las muestras están libres, el trabajo del laboratorio de Anatomía Patológica habrá finalizado.

Con la cirugía Mohs se obtienen resultados de inmediato y en el mismo día el paciente puede marcharse con la seguridad de que el cáncer de piel se le haya extirpado completamente.

5 Discusión-Conclusión

La cirugía de Mohs es el tratamiento más preciso para extirpar una lesión cutánea maligna o susceptible de malignización, con menor riesgo de recidiva y de dañar el tejido sano que le rodea, lo que minimiza el daño estético.

Se consigue la extirpación completa del tumor, con la seguridad de tener los bordes libres, por lo que se consigue extirpar el menor tejido posible y unos mejores resultados estéticos en el paciente.

Además, esta técnica es muy eficaz, muy positiva para el paciente y muy rápida, ya que evita intervenciones posteriores en el paciente, con todo lo que eso conlleva tanto para el paciente como para el Hospital, a nivel de materiales, personal, etc.

Por todo ello es una técnica que está cobrando una gran popularidad.

6 Bibliografía

1. Dawn M.E., Dawn A.G. y Miller S.J. Dermatol Surg. 2007Apr;33(4):395-402. Mohs surgery for the treatment of melanoma in situ: a review.
2. Diccionario del Instituto Nacional del cáncer.
3. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.^a edición.
4. <http://www.mohscollege.org>

Capítulo 123

EL MÉTODO OSNA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

LUCÍA RIVERA ENDRINAL

GEMMA PALENCIA LÓPEZ

MARTA AGUIRRE MORENO

BEATRIZ RIGOTE MORENO

MARIA SANCHEZ-MONTAÑEZ BARBA

1 Introducción

OSNA (amplificación de ácido nucleico en un solo paso) es una técnica utilizada para detectar células tumorales en el ganglio focal en pacientes con cáncer de mama. Este método mide el ARN mensajero CK19, que se expresa mucho en las células cancerosas y se expresa poco en las células normales. Los ganglios linfáticos son órganos del sistema linfático ubicados en el cuello, tórax, abdomen, axilas e ingles y son los encargados de iniciar una respuesta inmunológica cuando se detectan sustancias nocivas en la linfa. El ganglio focal es el ganglio linfático que primero recibe el drenaje linfático del tumor y, por lo tanto, es donde es más probable que se encuentren células cancerosas. Antes del descubrimiento de esta técnica, se realizaba una linfadenectomía axilar, es decir, se extirpaban todos los ganglios axilares (independientemente de si estaban afectados), para su posterior estudio en el Laboratorio de Anatomía Patológica. El método OSNA

permite analizar todos los ganglios linfáticos en el mismo procedimiento y evita la necesidad de repetir la operación en caso de que se requiera una escisión axilar. Además, se cree que el ganglio focal es suficiente para evaluar la gravedad de la etapa axilar y evitar los problemas causados por la linfadenectomía. Los servicios de patología son necesarios para OSNA tanto a nivel de diagnóstico como en cuanto a predicción de respuesta al tratamiento.

2 Objetivos

Conocer la metodología OSNA para el ganglio centinela y el papel del Servicio de Anatomía Patológica para poder llevarla a cabo.

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

Para realizar esta técnica es importante evitar cualquier tipo de contaminación que pueda dar lugar a falsos positivos. Se requieren guantes estériles sin polvo y deben cambiarse cuando se trabaja con reactivos y muestras entre el área de procesamiento y el equipo. La máscara también se utilizará durante la calibración y la manipulación de muestras. Primero, el patólogo (TEAP) calibra el dispositivo. Utilizado por Lynoamp, un conjunto de 3 gradillas de reactivos, cada una de las cuales contiene un vial de cada calibrador (C1, C2, C3).

PC (control positivo) y NC (control negativo). Tenemos una enzima por juego, tienen un código QR para controlarlos. Se almacenaron a -20 °C y se dejaron descongelar 5 veces, a excepción de la enzima que sería contada por el equipo. Su trazabilidad se refleja en el equipo de OSNA. El soporte de metal es para los reactivos y el otro soporte es para las muestras. Es muy importante limpiar los racks y el área de trabajo con etanol al 70% durante todo el proceso. Una vez calibrado el dispositivo, se reemplazarán los ganglios linfáticos centinela. Se utilizó un bisturí

y unas pinzas estériles diferentes para cada nódulo obtenido. El patólogo extrae grasa del ganglio. El peso del ganglio linfático debe estar entre 0,04 y Si supera los 0,6 gramos, divídalo en dos o más porciones. Imprimir y teñir con hematoxilina-eosina. A continuación, los ganglios linfáticos se homogeneizaron en un tubo de 4 ml.

Linorhag aplastará el ganglio con cuchillas (pueden ser de metal o plástico) y el material resultante se dividirá en dos eppendorfs. A continuación, la muestra se centrifugó para obtener el sobrenadante y, después de agitarla, se transfirió al vial final que contenía Lynorhag, y finalmente se inyectó el mismo vial en el aparato.

Todo este proceso se realiza en un plato de cinta para mantener la calidad del ARN mensajero. Las muestras y los reactivos se centrifugan por separado y se inyectan en equipos OSNA. Amplificación de ácido nucleico en un paso lograr; OSNA es un método de análisis de nodo de señalización unificado (SN). Se han realizado varios estudios de validación de este método, lo que garantiza la fiabilidad y la seguridad en el diagnóstico de ganglios linfáticos focales. Los resultados de OSNA brindan a los médicos la confianza que necesitan para crear opciones de tratamiento que permitan intervenciones menos invasivas y tratamientos más personalizados. Esto permite predecir el estado de los ganglios axilares gracias al desarrollo de una nueva herramienta: la carga tumoral total (TTC). CTT es el total de transcritos de ARNm de CK19 de todos los nodos focales positivos en el estudio OSNA. En el diagnóstico de cáncer de mama, esta herramienta puede predecir con mayor precisión la afectación axilar a partir del número de copias del

ARNm de CK19 en los ganglios linfáticos axilares, y es completamente independiente del número de ganglios afectados y del tipo de cirugía. Esto lo convierte en una herramienta valiosa para que los médicos personalicen el tratamiento quirúrgico. Las pautas de práctica clínica para referencia para recolectar diferentes cargas tumorales, como predecir la linfadenopatía de la copia CK19 para llevar a cabo una decisión quirúrgica a pesar de que se realiza la linfadenopatía axilar. Esta variable en la tabla nueva, precisa y discriminante puede ayudar a los médicos a tomar decisiones relacionadas con las axilas linfáticas. La carga tumoral total predice cuantitativamente el estado de la axila independientemente del número de ganglios afectados y se considera un factor pronóstico valioso para diferenciar entre alto y bajo riesgo de recurrencia. Además, los resultados moleculares del nódulo focal aportan información útil a la hora de tomar decisiones de tratamiento radioterápico y evitar la reintervención quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

El método OSNA es una técnica con una alta sensibilidad y especificidad diagnóstica, de poco tiempo de duración y que permite un análisis cuantitativo dependiente de las metástasis ganglionares.

Actualmente, el estudio intraoperatorio del ganglio centinela se realiza solo en casos de carcinoma de mama, en los que ni en la exploración clínica, ni en las pruebas radiológicas, parece que los ganglios están afectados. Esta técnica permite realizar análisis más precisos y rápidos que el método tradicional de congelación y corte, proporcionando una aproximación más exacta de la replicación de células tumorales en los ganglios linfáticos. También repercute directamente en la paciente, evitando ser sometidas a nuevas cirugías tras un diagnóstico postoperatorio. Por ello, se trata de un gran avance diagnóstico.

6 Bibliografía

1. <https://revistalvr.es/tecnica-osna-ganglio-centinela/>
2. V. Peg, I. Rubio et al.; SOLO1113: Intraoperative molecular analysis of total tumor load in sentinel lymph node: a new predictor of axillary status in early breast cancer patients Breast Cancer Research Treatment, 2013.
3. L.Bernet, A. Piñero, et al. Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revisión 2013 de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, 2013.
4. Espinosa-Bravo M, Navarro-Cecilia J, Ramos Boyero M, Diaz-Botero S, Dueñas Rodríguez B et al. (2017): Intraoperative assessment of sentinel lymph node by one-step nucleic acid amplification in breast cancer patients after neoadjuvant treatment reduces the need for a second surgery for axillary lymph node dissection. Breast 31:40–45.

Capítulo 124

EL PERSONAL DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EL CONTACTO CON XILOL

LUCÍA RIVERA ENDRINAL

GEMMA PALENCIA LÓPEZ

MARTA AGUIRRE MORENO

BEATRIZ RIGOTE MORENO

MARIA SANCHEZ-MONTAÑEZ BARBA

1 Introducción

El xilol, también conocido como xileno o dimetilbenceno, es un derivado dimetilado del benceno que se usa habitualmente en diferentes procesos en el laboratorio de anatomía patológica y que se consideraría nocivo para la salud. El xileno es principalmente un material sintético y se obtiene a través de industrias químicas que lo producen a partir del petróleo. Se presenta en el laboratorio de anatomía patológica como un líquido claro con un olor muy característico que recuerda al tolueno y sería el responsable de dar ese olor tan peculiar a todo el laboratorio de anatomía que en un principio nos recuerda a un olor dulce. Se almacena en contenedores cerrados herméticamente y de color oscuro, alejado de fuentes de calor, ya que sería un líquido altamente inflamable.

A día de hoy no se le ha encontrado un sustituto como disolvente que de los mismos resultados, por lo que se han centrado los esfuerzos en poner barreras de contención e intentar tener la mínima exposición posible del técnico de anatomía hacia este producto.

Los efectos sobre la salud de la exposición a cualquier sustancia nociva van a depender de la dosis, la duración y el tipo de exposición, la presencia de otras sustancias químicas, así como de las características y los hábitos que pueda tener la persona concreta.

2 Objetivos

Describir qué contacto se produce entre el técnico de anatomía patológica y el xilol en el laboratorio y cómo le podría afectar este contacto.

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.

Criterios de exclusión que se han tenido en cuenta: artículos de idioma distinto al castellano. Palabras clave: xilol, laboratorio, anatomía patológica.

4 Resultados

Por su composición, los xilenos son buenos disolventes y se usan como tal en el laboratorio de anatomía. En técnicas de histología se emplean en los pasos iniciales como solventes de la parafina en los cortes, dentro del procedimiento de desparafinización, en los pasos intermedios de las técnicas como aclarantes, y en los últimos pasos de preparado de muestras dentro del procedimiento de tinción y montaje.

Hay estudios vigentes que demuestran que el xilol es nocivo para la salud de las personas y para el medioambiente. Los vapores del xilol pueden provocar al técnico de anatomía dolor de cabeza, náuseas, somnolencia, irritación de los ojos y las vías respiratorias, el contacto repetido o prolongado con la piel puede

causar resequedad, agrietamiento e irritación. Si se produjesen vertidos no controlados de xilol al medio ambiente, se contaminarían los acuíferos debido a la gran demanda de oxígeno que requiere, pudiendo llegar a agotarlo en el medio y perjudicando así a los organismos que viven en el medio acuático. Por todo ello, y para evitar el malestar general, si se está expuesto al xilol, se deben tomar precauciones y medidas de contención, así como tratar los desechos de este líquido siguiendo rigurosos protocolos de desecho de sustancias nocivas para el medio ambiente, utilizando garrafas especiales y procediendo a su recogida una empresa especializada y autorizada para tal fin. Las exposiciones prolongadas en el tiempo al xilol, como puede darse durante años en el transcurso de la trayectoria profesional de un técnico de anatomía, ya que este pasa toda su jornada laboral expuesta a este componente, puede ocasionar alteraciones en el sistema nervioso central y en los órganos hematopoyéticos, asegurando incluso algunos estudios que pueden llegar a provocar alteraciones tumorales.

5 Discusión-Conclusión

El xilol es perjudicial para la salud del técnico, pero también es imprescindible su uso para poder realizar las distintas técnicas rutinarias que se llevan a cabo en el laboratorio de anatomía para procesar las distintas muestras. Por lo tanto es imprescindible que el técnico de anatomía conozca estos riesgos y sepa poner barreras de contención para ello, así como es imprescindible que el laboratorio cuente con todas las medidas barrera posibles a su alcance, como podrían ser las campanas de extracción. También es interesante mantener los estudios médicos en grupos concretos de técnicos que estarían en contacto rutinario con este componente para poder seguir observando como les afectaría y poder seguir actualizando los protocolos.

6 Bibliografía

1. Xilol [internet] Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Xileno>
2. Ficha técnica Xilol [internet] Disponible en: <http://www.olenti.com/msds/xilol.pdf>
3. Técnicas habituales del laboratorio de anatomía patológica [internet] Disponible en: https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_3/anatomia%20patologica_azaharacabreraortega.pdf
4. Salud pública y xileno [internet] Disponible en: <https://www.atsdr.cdc.gov/es/>

phs/es_phs71.html

Capítulo 125

LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS: CONCEPTOS Y PROCEDIMIENTOS

RAFAEL MARCOS FUENTES FERNÁNDEZ

1 Introducción

La facturación de servicios sanitarios es un proceso crítico en el sector de la salud, que permite a los proveedores de atención médica recibir el pago por los servicios prestados a los pacientes. En un mundo donde los costos de atención médica son cada vez más altos, la facturación de servicios sanitarios se ha convertido en un proceso crucial para garantizar que los proveedores de atención médica puedan continuar brindando atención de alta calidad a los pacientes.

Sin embargo, el proceso de facturación de servicios sanitarios puede ser complejo, ya que involucra una serie de conceptos y procedimientos que pueden variar según el tipo de atención médica y la región geográfica. Además, las regulaciones gubernamentales y de salud están en constante cambio, lo que requiere que los proveedores de atención médica se mantengan actualizados en las políticas y regulaciones actuales para garantizar una facturación correcta y una presentación de reclamaciones precisa y oportuna.

Este capítulo tiene como objetivo proporcionar una comprensión detallada de la facturación de servicios sanitarios, incluyendo los conceptos y procedimientos asociados, con el fin de ayudar a los proveedores de atención médica a implementar un proceso de facturación claro y conciso. La información presentada en este capítulo se basa en una revisión de la literatura existente sobre la facturación

de servicios sanitarios y la experiencia práctica de los autores en el campo de la salud. Se abordarán temas clave como el seguro de salud, los códigos de procedimientos médicos, la presentación de reclamaciones y la gestión de ingresos. Además, se discutirán las regulaciones gubernamentales y de salud que afectan el proceso de facturación de servicios sanitarios.

2 Objetivos

- Comprender los conceptos clave asociados con la facturación de servicios sanitarios.
- Identificar los procedimientos utilizados en la facturación de servicios sanitarios.
- Conocer las regulaciones gubernamentales y de salud que afectan la facturación de servicios sanitarios.

3 Metodología

La información presentada en este capítulo se basa en una revisión de la literatura existente sobre la facturación de servicios sanitarios, así como en la experiencia práctica de los autores en el campo de la salud. Se han consultado diferentes fuentes, como libros de texto, artículos de revistas científicas y recursos en línea para obtener una perspectiva completa de la facturación de servicios sanitarios.

4 Resultados

En este apartado se presentan los resultados de la investigación realizada sobre la facturación de servicios sanitarios. La información presentada se basa en una revisión de la literatura existente y la experiencia práctica de los autores en el campo de la salud.

Uno de los principales hallazgos de esta investigación es la importancia de tener un proceso de facturación claro y preciso en el sector de la salud. Los proveedores de atención médica necesitan entender los conceptos y procedimientos asociados con la facturación de servicios sanitarios para garantizar que se presenten reclamaciones precisas y oportunas y que se reciban pagos adecuados por los servicios prestados.

Otro hallazgo importante es la complejidad del proceso de facturación de servicios sanitarios. El proceso puede variar según el tipo de atención médica y la región geográfica, y las regulaciones gubernamentales y de salud están en constante cambio. Por lo tanto, es importante que los proveedores de atención médica se mantengan actualizados en las políticas y regulaciones actuales para garantizar una facturación correcta y una presentación de reclamaciones precisa y oportuna.

La investigación también destacó la importancia de utilizar códigos de procedimientos médicos y códigos de diagnóstico precisos en el proceso de facturación de servicios sanitarios. Los códigos de procedimientos médicos son códigos numéricos utilizados para identificar los procedimientos médicos realizados, mientras que los códigos de diagnóstico se utilizan para identificar la enfermedad o afección del paciente. Utilizar los códigos adecuados es esencial para garantizar que las reclamaciones sean procesadas correctamente y que se reciban los pagos adecuados.

Además, se identificó la importancia de tener un sistema de gestión de ingresos efectivo para garantizar una facturación adecuada y una gestión financiera eficiente. Esto implica la implementación de procesos eficaces para la presentación de reclamaciones, la gestión de pagos y la resolución de disputas de facturación.

En resumen, la investigación destaca la importancia de tener un proceso de facturación claro y preciso en el sector de la salud. Los proveedores de atención médica deben entender los conceptos y procedimientos asociados con la facturación de servicios sanitarios, mantenerse actualizados en las políticas y regulaciones actuales, utilizar códigos de procedimientos médicos y códigos de diagnóstico precisos y tener un sistema de gestión de ingresos efectivo para garantizar una facturación adecuada y una gestión financiera eficiente.

5 Discusión-Conclusión

La facturación de servicios sanitarios es un proceso esencial para la gestión económica de las instituciones de salud. La correcta aplicación de los procedimientos y normativas relacionados con la facturación es clave para garantizar una gestión eficiente y equitativa de los recursos, así como para asegurar la calidad de atención a los pacientes. Sin embargo, la complejidad del sistema normativo y la necesidad de adaptarse a los cambios tecnológicos constituyen importantes desafíos para las instituciones de salud. Por ello, es fundamental seguir

investigando y desarrollando nuevas estrategias para mejorar la facturación de servicios sanitarios y garantizar un sistema de salud sostenible y de calidad.

6 Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
2. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
3. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización.

Capítulo 126

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA EXPOSICIÓN A LOS FLUIDOS CORPORALES

NOELIA UÑA BRAVO

MARIA DEL CARMEN MORA NARANJO

MARIA FELISA PADIAL SANCHEZ

MARIA JOSE MORALES MARTIN CONSUEGRA

M ANGELES GONZÁLEZ GARCÍA MINGUILLAN

1 Introducción

Los fluidos corporales nos dan mucha información sobre el paciente, tanto de la presencia o ausencia de enfermedad como la gravedad o pronóstico; por ello, los fluidos humanos son una prueba médica que se solicita con frecuencia.

Se obtiene o se extrae mediante vías naturales, como en la obtención de muestras de orina o esputos y heces; vías mecánicas son la muestra de sangre y líquido cefalorraquídeo (LCR) que se extrae manualmente por un facultativo con suficiente formación y necesaria para realizar esta extracción.

Para realizar un diagnóstico de estas muestras de fluidos corporales es necesario que estas muestras lleguen al laboratorio clínico, donde estará el técnico de laboratorio y desempeñará su labor, el cual es preparar y procesar las muestras con

distintas técnicas para obtener resultados que serán interpretados por el facultativo correspondiente.

Para los profesionales sanitarios que desempeñan el trabajo de técnicos de laboratorio es frecuente la exposición a sangre y otros fluidos corporales humanos que pueden estar potencialmente contaminados, siendo esta exposición y posible contaminación un gran riesgo laboral al que se enfrentan y también el que hay posibilidades de evitarse si se utilizan barreras y medidas oportunas para reducir o evitar al máximo este posible contacto.

2 Objetivos

Resaltar la importancia de prevenir los riesgos a los que se enfrenta el técnico de laboratorio estando en contacto con los fluidos corporales humanos en el puesto de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación y búsqueda de información consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente relacionado con el tema a estudiar, observar la exposición del técnico de laboratorio a fluidos corporales. También se han consultado artículos relacionados con el tema a estudiar. Se usaron de palabras clave: sangre, fluidos humanos, laboratorio.

4 Resultados

El análisis de fluidos corporales en el laboratorio clínico cubre varias disciplinas analíticas, dado que el ritmo de trabajo es muy elevado en un área reducida donde trabajan muchos profesionales a la vez y la entrada de muestras es un ritmo continuo. Tales muestras pueden ser muy variadas, desde sangre, orinas, heces, esputos, semen, líquido cefalorraquídeo (LCR) y otros fluidos corporales humanos. Se debe procurar minimizar al máximo posible la exposición a estos fluidos, dado que puede existir un riesgo potencial de que haya una posible contaminación. Si se solicita un estudio de fluidos es porque existe sospecha de alguna patología y se está buscando la fuente o causa de esta patología que se da en el paciente que proporciona la muestra y por ello, dichas muestras serían una fuente de

contaminación para el propio técnico de laboratorio, dado que puede contraer enfermedades o problemas causados de la exposición a fluidos corporales.

También se han observado otros riesgos ante enfermedades desconocidas y sin tratamiento médico cuando se descubren; que se pueden conocer a la hora de realizar pruebas de rutina en pacientes, por lo que es importante evitar al máximo el contacto con estos fluidos corporales con riesgo biológico, y llevando un estricto control en el etiquetado y manipulación de las muestras para poder ver una trazabilidad de la muestra en caso de que se necesite realizar un rastreo o revisión.

Es imprescindible que todos los protocolos del laboratorio en referencia a las muestras se estandaricen para que los posibles errores se reduzcan o se eliminen en la medida de lo posible. Se deben usar correctamente los contenedores biológicos para la recogida de las muestras de fluidos para garantizar el correcto aislamiento de posibles contaminantes.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir una posible contaminación, los técnicos de laboratorio clínico mientras ejercen la manipulación de las muestras de fluidos corporales humanos durante los trabajos de rutina, deben poseer los conocimientos necesarios y saber cómo aplicar las técnicas de prevención exclusivas para cada fluido corporal.

También el propio laboratorio debe facilitar todas las barreras de protección individual posibles, tales como los guantes, las gafas protectoras, las pantallas protectoras, las mascarillas y la ropa de trabajo (la bata), la cual se encargará de limpiar y desinfectar el propio laboratorio. Es también fundamental, la propia higiene y organizar el laboratorio para tener un buen espacio de trabajo que sea limpio y práctico a la hora de realizar las tareas.

6 Bibliografía

1. RECOMENDACIONES PARA EL ANÁLISIS DE LÍQUIDOS BIOLÓGICO. (n.d.). Ispch.Cl. Retrieved March 5, 2023, from <https://www.ispch.cl/sites/default/files/Recomendaciones%20para%20el%20Análisis%20Líquidos%20Biológicos.pdf>.
2. Valcárcel Piedra, G., Guillén Campuzano, E., Altimira Queral, L., Galán Ortega, A., Hernando Holgado, A., Navarro Segarra, X., Oliver Sáez, P., Rodríguez Fraga, O., Ruiz Ripa, A., Sahuquillo Frías, L., & García de Gadiana Romualdo, L. (2018). Identificación de líquidos biológicos de origen desconocido. *Revista del laboratorio clínico*, 11(4), 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.labcli.2017.11.008>

(N.d.). Wordpress.com. Retrieved March 5, 2023, from <https://libroslaboratorio>.

Capítulo 127

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA MEDICINA PERSONALIZADA Y LAS TERAPIAS AVANZADAS

NOELIA UÑA BRAVO

MARIA DEL CARMEN MORA NARANJO

MARIA FELISA PADIAL SANCHEZ

MARIA JOSE MORALES MARTIN CONSUEGRA

M ANGELES GONZÁLEZ GARCÍA MINGUILLAN

1 Introducción

El Técnico de Laboratorio Clínico es un profesional de salud especializado en la realización de análisis de muestras de laboratorio para diagnosticar y tratar enfermedades. Esta profesión involucra el uso de equipos sofisticados para analizar muestras de sangre, orina, líquidos corporales y tejidos. Los técnicos de laboratorio clínico tienen un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades.

El laboratorio clínico desempeña un papel importante en el desarrollo de terapias avanzadas. Esto se debe a que los laboratorios clínicos se encargan de recolectar, procesar y analizar muestras de tejidos y fluidos corporales para detectar enfermedades y proporcionar información diagnóstica. Esto permite a los profesionales de la salud identificar, diagnosticar y tratar enfermedades y otros problemas

de salud. Los laboratorios clínicos también pueden recolectar, procesar y analizar muestras para investigar terapias avanzadas. Esta información se puede usar para determinar la eficacia y seguridad de nuevos tratamientos, así como para determinar cómo podrían ser mejorados. Los laboratorios clínicos también pueden proporcionar pruebas de laboratorio específicas para ayudar a los profesionales médicos a decidir qué tratamiento sería el más adecuado para un paciente en particular. Por lo tanto, los laboratorios clínicos desempeñan un papel importante en el proceso de desarrollo de terapias avanzadas.

Las terapias avanzadas son una forma de tratamiento médico que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades crónicas y de otros trastornos. Estas terapias se basan en el uso de técnicas innovadoras, como la terapia génica, la inmunoterapia y la terapia dirigida por moléculas, para ayudar a los pacientes a controlar sus síntomas y mejorar su salud. Se trata de una alternativa a los tratamientos convencionales, como los fármacos y la cirugía, ya que ofrecen una solución más eficaz y menos invasiva. Estas terapias pueden ayudar a los pacientes a mejorar sus síntomas, reducir sus efectos secundarios y reducir el riesgo de complicaciones graves. También pueden ayudar a los pacientes a mejorar sus habilidades cognitivas, como la memoria y la atención, y su calidad de vida general. Estas terapias también pueden ayudar a los pacientes a aceptar su enfermedad y aprender a vivir con ella de manera productiva. Son, por tanto, una herramienta útil para los médicos y otros profesionales de la salud que buscan ofrecer tratamientos más eficaces y menos invasivos a sus pacientes. Estas terapias pueden ayudar a los pacientes a lograr mejores resultados y una mejor calidad de vida.

2 Objetivos

- Analizar el papel TEL en el campo de la medicina personalizada y las terapias avanzadas
- Describir las funciones del TEL en laboratorios clínicos destinados a la investigación de este tipo de terapias

3 Metodología

La presente revisión se basa en un total de 3 artículos, los cuales fueron cribados a partir de las bases de datos Pubmed y ScienceDirect tomando como palabras clave "terapias avanzadas", "medicina personalizada", "Técnico Especialista de

Laboratorio”. Asimismo, solo se incluyeron artículos empíricos o revisiones publicadas en la última década.

4 Resultados

A rasgos generales, El TEL o Técnico Especialista de Laboratorio es un profesional de salud especializado en la realización de análisis de muestras de laboratorio para diagnosticar y tratar enfermedades. Estos profesionales de salud están capacitados para asegurar que los resultados de los exámenes clínicos sean exactos. Esto significa que los pacientes reciben los mejores resultados y tratamientos posibles. Los técnicos de laboratorio clínico también son responsables de preparar y analizar muestras para realizar pruebas. Esto incluye recolectar muestras de sangre, orina, líquidos corporales y tejidos para su análisis. Estos también se responsabilizan de mantener un ambiente limpio y seguro en el laboratorio. Finalmente, los técnicos de laboratorio clínico también pueden ser responsables de mantener una documentación precisa de los resultados de los exámenes y preparar los informes para los médicos. Esto ayuda a los médicos a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento de un paciente. Es por esto por lo que el TEL desempeña un papel fundamental en la medicina moderna y las nuevas terapias que van surgiendo a medida que avanza la investigación científica.

Los artículos analizados en esta revisión describen diversas funciones de los TEL en el campo de la medicina personalizada y las terapias avanzadas. Así pues, estos se encargan de realizar una variedad de tareas críticas para asegurar que los pacientes reciban los mejores tratamientos posibles. Estas tareas incluyen recoger muestras de sangre, tejidos y líquidos corporales, procesar muestras para su análisis, tomar registros críticos, controlar los resultados de los exámenes y comunicarse con los profesionales médicos para informarles sobre los resultados. Estas tareas críticas ayudan a los profesionales médicos a tomar decisiones informadas para ofrecer tratamientos seguros y apropiados según las necesidades de cada tipo de paciente.

5 Discusión-Conclusión

El TEL juega un papel crítico en el campo de las terapias avanzadas y la medicina personalizada. Así pues, este es el responsable de recoger muestras de sangre, tejidos y líquidos corporales, procesarlas para su análisis, tomar registros críticos, controlar los resultados de los exámenes y comunicarse con los profesionales médicos para informarles sobre los resultados. Estas tareas críticas ayudan a los

profesionales médicos a ofrecer tratamientos seguros y apropiados cada vez más personalizados y ajustados a cada paciente de forma individualizada, trabajando con tecnologías avanzadas para mejorar la precisión y la velocidad con la que se procesan las muestras y se emiten los resultados.

6 Bibliografía

1. Ballesté, C., Coll, A., Navarro, A., Valero, R., Torregrosa, V., Diekmann, F., ... & Manyalich, M. (2020). TPM TRAINING PROGRAM IN TISSUE BANKING & ADVANCED THERAPIES: A 15-YEAR EXPERIENCE. *Transplantation*, 104(S3), S285.
2. Seaberg, R. S., Stallone, R. O., & Statland, B. E. (2000). The role of total laboratory automation in a consolidated laboratory network. *Clinical chemistry*, 46(5), 751-756.
3. Thompson, J. H. (1985). Medical Laboratory Technician (Chemistry and Urinalysis).(AFSC 92470)

Capítulo 128

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA. DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA

NOELIA UÑA BRAVO

MARIA DEL CARMEN MORA NARANJO

MARIA FELISA PADIAL SANCHEZ

MARIA JOSE MORALES MARTIN CONSUEGRA

M ANGELES GONZÁLEZ GARCÍA MINGUILLAN

1 Introducción

La faringitis estreptocócica es una infección bacteriana de la garganta causada principalmente por *Streptococcus pyogenes* (Grupo A), aunque otros *Streptococcus* de los grupos C y G, también pueden ser los causantes de esta patología.

Streptococcus pyogenes o estreptococo beta-hemolítico del grupo A o estreptococo del grupo A (GAS, por sus siglas en inglés), es una bacteria Gram-positiva que crece en cadenas de cuatro a diez células. En su pared celular expresa el antígeno del grupo A de la clasificación de Lancefield y genera beta-hemólisis cuando es cultivado en agar sangre. Esta bacteria causa una amplia variedad de infecciones en humanos, desde infecciones superficiales de la piel y la garganta

hasta infecciones invasivas graves, como la sepsis y la fascitis necrosante. La infección más común causada por este microorganismo es la faringitis estreptocócica, pudiendo además ser causante de impétigo, celulitis, neumonía, infecciones del oído y fiebre reumática. La bacteria se transmite principalmente de persona a persona a través del contacto cercano o mediante la exposición a las secreciones respiratorias de una persona infectada. El tratamiento de las infecciones causadas por *Streptococcus pyogenes* generalmente implica el uso de antibióticos, como la penicilina o la amoxicilina.

El estudio de laboratorio se basa en los métodos para la detección de *Streptococcus* del grupo A, ya que un número bajo de estas bacterias puede ser indicativo de infección. Además es importante tener en cuenta su detección por la reemergencia de la fiebre reumática aguda y la posibilidad de shock tóxico estreptocócico. El método más utilizado para el diagnóstico microbiológico de la faringitis estreptocócica es el cultivo de la bacteria en una placa de agar sangre. Además del cultivo, también existen pruebas rápidas de detección de antígenos estreptocócicos en la garganta, que proporcionan resultados en unos pocos minutos. Estas pruebas se basan en la detección de proteínas específicas de la bacteria.

Es importante destacar que el diagnóstico microbiológico debe ser confirmado por un facultativo, ya que no todas las faringitis son causadas por *Streptococcus* y no todos los pacientes con infección por estas bacterias requieren de tratamiento antibiótico.

2 Objetivos

- Describir los fundamentos teóricos del diagnóstico microbiológico de las faringitis estreptocócicas.
- Detallar el procedimiento a seguir para el diagnóstico microbiológico de las faringitis estreptocócicas.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha realizado un trabajo de investigación mediante la revisión bibliográfica de literatura y artículos científicos que abordan el tema de estudio. Se han consultado libros de microbiología y artículos seleccionados, para posteriormente resumir y contrastar la información obtenida, para llevar a cabo la creación de este capítulo.

4 Resultados

El cultivo del exudado faríngeo amigdalар es la técnica de referencia para el diagnóstico de la faringitis estreptocócica. La muestra debe ser obtenida mediante el uso de hisopos antes de que el paciente haya comenzado un tratamiento con antibióticos. Una vez seleccionada la muestra, esta se introduce en un tubo con medio de transporte de Stuart-Amies. La muestra deberá ser transportada al laboratorio a temperatura ambiente y en un plazo no superior a las 24 horas. Una vez la muestra ha sido recibida en el laboratorio se comprueba que esté en buenas condiciones y bien rotulada, si es así, se procederá a su cultivo.

Antes de proceder al cultivo es necesario realizar dos extensiones. La primera de las extensiones, se usará para realizar una tinción de Gram y mediante microscopía óptica, se describirán los hallazgos de células inflamatorias y de cualquier alteración de la microbiota normal, también se reportará el hallazgo de levaduras, hifas o pseudohifas. Con la segunda, se llevará a cabo una extensión de Hansel, que permite la observación de eosinófilos, para el diagnóstico diferencial de una faringitis alérgica.

Para el cultivo se emplea una placa de agar sangre, que será inoculada con la muestra. Es importante asegurarse de rotar la torunda de modo que toda su superficie quede en contacto con el primer cuadrante de la placa. A continuación, se extiende la muestra por los tres cuadrantes restantes, usando un asa de siembra estéril, para que las colonias queden bien aisladas. Para terminar, se harán varias incisiones con el asa de siembra, para favorecer la visualización de la betahemólisis, indicativa de *S. pyogenes*.

Una vez sembrada la placa de agar sangre, se incuba a 35°C en una atmósfera con 5-7 % de CO₂ durante 24 horas. En el caso de que no se desarrolle crecimiento, se reincubará hasta 48 horas. Una alternativa para el cultivo, puede ser incubar la placa de agar sangre en condiciones de anaerobiosis durante 48 horas y a 35° C o sembrarla en un medio selectivo de agar sangre con colistina y ácido nalidíxico. Si se sospecha de la presencia de Neisserias, además de la de *Streptococcus*, también se deberá llevar a cabo una siembra en un medio como el Thayer-Martin, que posee antibióticos para impedir el crecimiento de la flora bacteriana normal. Una vez terminado el periodo de incubación se interpretarán los resultados, para la cual se procederá a la observación microscópica y a la realización de varias pruebas bioquímicas de identificación.

El primer paso consiste en inspeccionar las placas de agar sangre, buscando colonias de entre 1 y 1,5 mm de diámetro rodeadas por un halo de hemólisis completa o betahemólisis, la cual es un indicador de la presencia de *S. pyogenes*. A partir de

estas colonias se realizarán extensiones, sobre las que se llevará a cabo la tinción de Gram. Si en las extensiones se observan cocos grampositivos dispuestos en cadena (*Streptococcus*), se repican de 4 a 6 colonias nuevamente en agar sangre y en un tubo de caldo Todd-Hewitt y se incuban a 36° C durante 24 horas. Finalmente, del cultivo en caldo Todd-Hewitt o del cultivo en agar sangre, se tomarán colonias y se volverá a realizar la tinción de Gram, para confirmar la disposición característica del género *Streptococcus*.

El siguiente y último paso para la confirmación de infección por *S. pyogenes*, consiste en la realización de las siguientes pruebas bioquímicas de identificación:

- Prueba de la catalasa: La catalasa es una enzima que descompone el peróxido de hidrógeno. El resultado debe ser negativo. Esta prueba sirve para diferenciar *S. pyogenes* de *Staphylococcus aureus*, que sí posee la enzima.
- Prueba de la bacitracina: Se usa para diferenciar a *S. pyogenes* de otros gérmenes betahemolíticos. *S. pyogenes* es susceptible a una baja concentración de este antibiótico, por lo que su crecimiento se verá inhibido.
- Prueba de la bilis esculina: Permite diferenciar a *S. pyogenes* de los *Streptococcus* del Grupo D (enterococos). Estos últimos crecen rápidamente en medios con bilis esculina, hidrolizando la esculina, reacción que se hará visible mediante un cambio de color en el medio.
- Prueba del Trimetoprim-sulfametoxazol: Se utiliza para distinguir entre *Streptococcus* de los grupos A y B de otros *Streptococcus* betahemolíticos. Los de los grupos A y B, son resistentes a esta mezcla de antibióticos.
- Prueba del Pyr: Esta prueba se basa en la actividad de la enzima pirrolidonil aminopeptidasa producida por *S. pyogenes*, la cual permite a la bacteria degradar el PYR, generando un producto que en combinación con el reactivo cinamaldehído, forman un compuesto de coloración rojiza, fácilmente observable. Esta prueba es presuntiva tanto para *S. pyogenes*, como para *Streptococcus* del grupo D.
- Pruebas serológicas: Constituyen la identificación definitiva, mediante la detección del antígeno específico de grupo (carbohidrato de Lancefield). Se realizan mediante aglutinación con partículas de látex o aglutinación directamente sobre una colonia aislada.

Para finalizar, es interesante comentar que además de los métodos y pruebas de identificación anteriormente descritos, existen también pruebas de detección directa a partir de un hisopado faríngeo. Estas pruebas detectan directamente el carbohidrato de Lancefield específico de *S. pyogenes*, mediante aglutinación con partículas de látex. Otra alternativa es el ensayo inmunoenzimático, para el que existen múltiples test comerciales, que se basan en la extracción del antígeno

específico de grupo, mediante un paso de extracción enzimática seguida de la detección del antígeno. También pueden emplearse técnicas moleculares para la detección directa de la bacteria en las muestras, siendo estas las técnicas más sensibles y específicas, pero también las más costosas.

5 Discusión-Conclusión

Si bien, el diagnóstico definitivo de faringitis estreptocócica siempre se debe realizar mediante cultivo de muestras de exudado faríngeo, las pruebas rápidas de antígeno estreptocócico pueden ser una alternativa atractiva al cultivo, ya que son más rápidas y económicas. La especificidad de estas pruebas es alta, lo que significa que un resultado positivo es muy confiable. Sin embargo, la sensibilidad de esta prueba es menor que la del cultivo, lo que significa que se pueden obtener resultados falsos negativos.

Es importante recordar que la faringitis estreptocócica no es la única causa de dolor de garganta. Por lo tanto, un diagnóstico adecuado debe considerar otros factores, como la edad del paciente, los síntomas, la presencia de fiebre y la ausencia de síntomas de resfriado. El tratamiento de la faringitis estreptocócica es con antibióticos. Sin embargo, los pacientes con resultados negativos en el cultivo o la prueba rápida no necesitan tratamiento con antibióticos y deben ser tratados de acuerdo con los síntomas.

La mayoría de pruebas para el diagnóstico microbiológico de esta enfermedad, son sencillas y económicas, pero como en cualquier otro procedimiento que se realice en el laboratorio de microbiología, siempre es importante seguir los procedimientos estandarizados y trabajar con la debida atención y seguridad, para obtener resultados fiables y precisos.

6 Bibliografía

1. MICROBIOLOGÍA CLÍNICA - VV.AA. - ALTAMAR EDITORIAL - ISBN 9788416415243
2. Microbiología Clínica - Keith Struthers - ISBN 9786074487046
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologiaclinica-28-pdf-S0213005X08765777>
4. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332009000200017
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7024475/>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7143676/>

Capítulo 129

ESTUDIO DE SUELO PÉLVICO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA EN ALTA RESOLUCIÓN

IÑIGO ROMERO MARCOS

1 Introducción

La patología del suelo pélvico corresponde a un conjunto de condiciones tanto anatómicas como funcionales que incluyen prolapso de órganos pélvicos, dolor crónico, incontinencia urinaria y fecal.

Estos desórdenes del suelo pélvico en la mayoría de los casos afecta a los compartimentos: anterior, medio y posterior.

Hay múltiples factores de riesgo que puede provocar esta patología tales como edad avanzada, múltiples partos, gestación, histerectomía, lesión de la musculatura del suelo pélvico, obesidad, tabaco etc.

Las técnicas de diagnóstico por imagen juegan un importante papel en la valoración de estos pacientes:

La ecografía endorectal nos permite una adecuada visualización morfológica del esfínter anal, como pueden ser atrofia, desgarros, cicatrices etcétera. Pero no permite visualización de todas las estructuras del suelo pélvico ni tampoco el funcionamiento de dicho esfínter.

Otras técnicas radiológicas que se han estado utilizando conllevaban una evaluación radiológica funcional mediante fluoroscopia convencional, estas son las siguientes:

Cistouretrografía miccional esta técnica sirve para la visualización de la vejiga y uretra, pero no da la información de los compartimentos medio y posterior.

Cistocolpoproctografía dinámica se trata de un método que consiste en un relleno vesical e intestinal mediante un bario ingerido 24 horas antes para valorar las diferentes estructuras del suelo pelviano.

La videodefecografía con fluoroscopia que consiste en la introducción de un enema de bario por el recto y la adquisición de varias imágenes con rayos x. En este caso el paciente debe de realizar técnicas como de kegel y valsalva e incluso la defecación completa mientras se visualiza por la pantalla de rayos.

El gran inconveniente de esta prueba es la radiación ionizante que recibe el paciente. En la actualidad esta técnica radiológica por este motivo está en desuso dando paso a la defecografía mediante resonancia magnética.

Esta técnica se introdujo en 1993 y su uso se ha incrementado hasta la actualidad es de gran utilidad para la valoración de la anatomía del suelo pelviano, ya que se obtienen imágenes multiplanares. Además tiene la ventaja de que no utiliza radiación ionizante, pero también tiene sus inconvenientes como por ejemplo el alto coste de esta exploración y la experiencia limitada del radiólogo para la interpretación de las imágenes.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es explicar el estudio del suelo pélvico mediante la resonancia magnética.

Exponer el equipo, las secuencias y la manera de adquisición de las imágenes dinámicas para una buena valoración de la anatomía y su patología.

3 Metodología

-Preparación del paciente: dos horas antes de la exploración el paciente se pondrá un enema de limpieza. Pediremos al paciente que orine, ya que es preciso evitar la sobre distensión vesical dado que podría alterar los hallazgos.

-Material necesario para la exploración: gel ecográfico templado (doscientos mililitros), cánula rectal para introducir el gel, jeringas de cincuenta centímetros cúbicos de cono ancho y empapadores para la mesa

Si fuese necesario introducir contraste por vía vaginal, este también sería gel ecográfico templado y se le introduciría veinte ml solamente por una sonda.

Colocaremos al paciente en decúbito lateral izquierdo e introduciremos la sonda rectal previamente lubricada con un poco de gel ecográfico e iremos introduciendo el gel. Inicialmente comenzaremos con 120 ml e iremos aumentando hasta que el paciente note distensión (máximo 200 ml).

4 Resultados

Disponemos de una resonancia General Electric XDHD de 1,5 teslas. Utilizaremos para la adquisición de las imágenes una bobina de superficie phased array tipo torsopa o de cardio. Colocaremos al paciente en decúbito supino con las piernas en flexión en una pequeña cuña para así facilitar la maniobra de defecación.

La paciente tiene que colaborar con nosotros para que el resultado de las imágenes sea óptimo, para ello le explicamos las maniobras que debe realizar a la hora de la adquisición de dichas imágenes.

Primero realizaremos unas imágenes con la maniobra de kegel, esta consiste en contraer el esfínter anal y el suelo pélvico para impedir la defecación. Le diremos que contraiga los músculos del suelo pélvico hacia adelante, que mantenga la contracción de tres a cinco segundos y luego que suelte la contracción y que relaje los músculos.

La siguiente maniobra que realizaremos será maniobra de valsava abdominal. Para ello le diremos que innale con la parte inferior del abdomen y tratar de llenarlo en todas las direcciones presionando hacia arriba con la barriga poner la tripa dura.

Por último realizaremos la maniobra de defecación el objetivo de esta maniobra es expulsar la mayor cantidad posible de gel introducido.

Realizaremos las siguientes secuencias: primero un localizador en los tres planos del espacio, sobre este localizador realizaremos secuencias potenciadas T2 en los planos sagital coronal y axial para la valoración anatómica de las estructuras que las componen. Posteriormente programaremos una secuencia dinámica que se llama sagital fiesta. Con esta secuencia visualizaremos la movilidad de las estructuras.

Programamos una secuencia sagital sobre el plano coronal y axial y la adquiriremos a la vez que hace las técnicas explicadas anteriormente. Primero con la técnica de kegel, luego programaremos otra secuencia sagital fiesta con la maniobra de valsava y por último programaremos otros sagital fiesta con la maniobra de defecación.

El suelo pélvico está compuesto por tres compartimentos el anterior que incluye la vejiga y la uretra el medio formado por el útero cérvix y vagina y el posterior que está compuesto por el recto y el canal anal.

Ángulo ano rectal está compuesto por la pared posterior del ano y músculo elevador del ano. Se amplía en la defecación o valsava y disminuye en la maniobra de kegel.

La interpretación de los hallazgos de estas imágenes le corresponde al radiólogo,

pero vamos a exponer los principales signos que se deben conocer en los tres compartimientos, son las siguientes: en el compartimiento anterior se llama cistocoele, se define como el descenso superior a un centímetro de la porción inferior del suelo pélvico. En el compartimiento medio incluye el prolapso de ápex vaginal útero o cérvix . Por último en el compartimiento posterior además del prolapso del recto se suelen encontrar alteraciones como enterocele, rectocoele, prolapso rectal etcétera.

5 Discusión-Conclusión

Las pacientes llegan al servicio de radiodiagnóstico muy nerviosas por la prueba que le vamos a realizar, por ello es muy importante tranquilizarles para luego explicarles que necesitamos de su colaboración para que la prueba se realice con éxito.

Les explicaremos en la antesala de la resonancia las maniobras de kegel y de valsalva e incluso las realizaremos con ellas para evitar posibles errores interpretativos de la paciente.

La defecografía por resonancia magnética está desbancando a la defecografía por radiografía convencional por su gran inconveniente como es la radiación ionizante.

Aunque es una exploración de mayor coste, cada vez hay en más centros la disponibilidad de una resonancia de alto campo para su realización. Con esta técnica se adquieren imágenes multiplanares y secuencias dinámicas de alta resolución que nos permiten la valoración de todo el suelo pélvico en su totalidad y un diagnóstico más preciso.

6 Bibliografía

Khatri G Magnetic Resonance Imaging of pelvis floor disisorders. Top Magn Reson Imaging 2014.23 259-273

Melchior C, Bridoux V, Touchais O, Savoye-Collet C, Leroi AM. MRI defaecography in patients with faecal incontinence. Colorectal disease 2014.

Maccioni F, Al Ansari N, Buonocore V, Mazzamurro F, INdinnimeo M, Mongardini M, Catalano C. Prospective comparision between two different magnetic resonance defecography techniques for evalation pelvic floor disorders.

Capítulo 130

TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO (TSID) Y LA RADIOLOGÍA PORTÁTIL

MÓNICA SÁNCHEZ DÍAZ

VICTORIA PATÓN DÍAZ

MARIA DEL CARMEN PARRA GALLEGO

YOLANDA NOGUERO FIMIA

MONICA RUANO DOMENECH

1 Introducción

Las placas deben realizarse con equipos portátiles, que es uno de los servicios que el TSID debe ofrecer al hospital. Suelen utilizarse cuando el paciente no puede ser trasladado al servicio de rayos X, ya sea por su propia seguridad o por la seguridad de los pacientes dado que el paciente está siendo atendido por separado de los demás pacientes y miembros del personal. Es posible que las exploraciones sean simples radiografías de tórax, cualquier parte del cuerpo, como extremidades, etc. Sin embargo, deben estar preparados para realizarlos en cualquier parte del cuerpo. El técnico en imagen y diagnóstico deberá apegarse a ciertos protocolos establecidos porque estará en un área donde estarán presentes muchos empleados y pacientes. Por ejemplo, deben usar delantales de plomo porque estarán en una habitación sin características de seguridad, como paredes de plomo, porque

utilizar estas técnicas en entornos no controlados conlleva un riesgo. Dado que un error en su implementación representa un riesgo para el técnico, los pacientes y otros profesionales de la salud, es importante comprender todos los conceptos y técnicas antes de comenzar cualquier preparación.

Aunque hay más equipos de radiología portátil disponibles, es posible que la mayoría de los hospitales tengan equipos digitales.

2 Objetivos

Exponer el papel del TSID en la radiación portátil.

3 Metodología

Se ha realizado una investigación que incluyó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica ya publicada para desarrollar el siguiente capítulo. Las bases de datos primarias, PubMed, Medline y Scielo, también se han utilizado para consultar artículos y realizar una búsqueda sistemática de libros, con el objetivo de identificar artículos científicos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

Para la correcta ejecución de nuestras funciones, debemos estar familiarizados con los equipos con los que estaremos trabajando.

Hay una gran variedad de equipos, y antes de empezar a trabajar con ellos, es necesario que adquiramos los conocimientos técnicos sobre su funcionamiento. Lentamente, debemos adaptar nuestro trabajo a ellos y desarrollar nuestras habilidades de la misma manera para que podamos completar nuestro trabajo. Si bien los pacientes también pueden solicitar radiografías de tórax PA, la mayoría de las solicitudes de portátiles son para radiografías de tórax AP sencillas, abdomen simple y pronación. Estas solicitudes son para evaluar sondas nasogástricas, catéteres centrales, tubos de drenaje, etc. Para muchas áreas del hospital, las pruebas de diagnóstico son cruciales, pero lo son especialmente para los pacientes de la UCI, que son los pacientes más enfermos e inestables allí, ya que necesitan a realizar a primera hora de la mañana. Para realizar las pruebas, debemos considerar una serie de elementos que influyen en la calidad de la imagen: La colimación es el proceso de enfocar el haz de radiación en el área de estudio.

- Centrado del haz: para evitar distorsiones de la imagen, el haz de radiación debe ser lo más perpendicular posible a la película.

El llamado criterio "alara", que obliga a minimizar todas las exposiciones a la radiación ionizante, es el principal estándar de protección radiológica.

Se pueden usar kV altos para producir imágenes mientras se reduce la dosis del paciente y el tiempo de exposición. Se utiliza bajo kV, lo que aumenta la dosis del paciente y el tiempo de exposición, pero permite la creación de imágenes con mejor contraste. A la hora de protegernos durante las pruebas portátiles, debemos tener en cuenta:

Se debe mantener la mayor distancia cuando se dispara a la radiación directa.

Es crucial usar las técnicas correctamente porque la radiación dispersa, que viaja en todas las direcciones y nos afecta más, es la más dañina. Debemos tener en cuenta lo siguiente con el fin de reducir la exposición:

- Distancia.

- Tiempo.

- Armadura, que consta de chaleco de plomo, protector de tiroides y guantes de plomo. Estamos protegidos de las radiaciones en el desempeño de nuestras funciones gracias al buen uso de todos estos equipos.

5 Discusión-Conclusión

Tanto para la protección radiológica como para la obtención de imágenes diagnósticas, el TSID debe ser capaz de aplicar sus conocimientos con claridad.

A nivel hospitalario, trabajar con equipos portátiles es fundamental porque nos permite acceder a áreas como cuidados intensivos y unidades de cuidados críticos, donde los pacientes no pueden trasladarse al servicio de rayos X o quirófanos y urgencias, que no cuentan con el equipo radiográfico fijo habitual. Destacar también lo crucial que es seguir los protocolos de protección radiológica, que están muy relacionados con la obtención de imágenes utilizando las dosis y métodos adecuados, de calidad. La tendencia actual en los dispositivos portátiles es hacia una mejor carga de energía, claridad de imagen, movilidad y control de la unidad, así como hacia una menor exposición a la radiación para los usuarios.

6 Bibliografía

http://seram.es/imágenes/site/documentosSeram/paedxigrafiaequipo_de_rx_

Capítulo 131

TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO Y LOS PACIENTES CON LESIONES DE PARTES BLANDAS ELENA ISABEL MORCILLO APARICIO

MÓNICA SÁNCHEZ DÍAZ

VICTORIA PATÓN DÍAZ

MARIA DEL CARMEN PARRA GALLEGO

YOLANDA NOGUERO FIMIA

MONICA RUANO DOMENECH

1 Introducción

Las masas de tejidos blandos, que pueden ser lesiones benignas, malignas o no neoplásicas, son entidades clínicas frecuentes.

Aunque la fibromatosis agresiva suele ser localmente invasiva, los tumores benignos tienen una capacidad limitada de crecimiento y no invaden las estructuras cercanas.

Los tumores malignos pueden producir metástasis, que suelen ser los pulmones o los ganglios linfáticos, y son localmente invasivos e invaden los músculos, los ligamentos y los huesos.

Los hematomas, la osificación heterotópica y la fascitis nodular son ejemplos de lesiones no neoplásicas.

En primer lugar, la localización, que rara vez es útil a menos que existan miomas elásticos entre la escápula y la pared, es uno de los criterios utilizados para tratar de categorizar la lesión como benigna o maligna torácica, y provoca una reacción de fricción en lugar de la manifestación externa del tumor.

La piel, el tejido subcutáneo, los músculos y los tendones se consideran tejidos blandos. Su análisis debe ser minucioso y organizado.

La historia clínica, la exploración física, las pruebas de imagen y la biopsia son algunos de sus componentes. Es crucial conocer la edad del paciente, los antecedentes familiares, las experiencias traumáticas, la duración del desarrollo de la lesión, así como otra información pertinente.

Hay dos tipos de lesiones: las que no parecen agresivas y las que sí lo son.

A diferencia de las lesiones agresivas, que se caracterizan por ser irregulares, mal definidas, profundas, heterogéneas y con presencia de reacción inflamatoria, las lesiones benignas son bien definidas, encapsuladas, homogéneas y libres de reacciones inflamatorias y neovascularización.

2 Objetivos

Explicar la semiología de las lesiones de tejidos blandos que se observan en la radiografía simple y cómo detectarlas mediante las pruebas que realizará un técnico de radiología.

3 Metodología

Se ha realizado una investigación exhaustiva y una revisión bibliográfica metódica del cuerpo de literatura científica para desarrollar el presente trabajo. Se utilizaron Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar para buscar artículos con el fin de seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

Después de realizar una búsqueda bibliográfica, es posible generalizar que un tumor de tejido blando casi siempre comenzará en la periferia del hueso, tendrá su epicentro en la corteza externa, se expandirá en una dirección desde la corteza y no tendrá una reacción perióstica (relativamente común).

El epicentro de un tumor óseo primario normalmente estará en el medio del hueso, la corteza se astillará hacia los tejidos blandos, la reacción perióstica estará

presente y habrá una destrucción ósea significativa junto con ella.

Se reduce la afectación de los tejidos blandos. En ocasiones, la distinción entre un tipo de lesión y otro puede ser bastante escasa, por lo que se debe enfatizar que estas son solo generalizaciones.

En cuanto a la semiología radiológica de las lesiones de partes blandas, al evaluar lesiones en radiología simple, debemos prestar atención a las variaciones de densidad y observar simetrías y asimetrías fundamentales.

Las variaciones simples en la densidad son más frecuentes en los tejidos blandos y se producen principalmente por el crecimiento de la matriz o de objetos extraños.

Densidad de matriz creciente: Matriz creciente.

Ocurre con frecuencia en tejidos blandos, ya sea parafisiológicamente, como en el caso de las calcificaciones vasculares ateromatosas, o como resultado de calcificaciones distróficas, calcinosas o metastásicas. En el condrosarcoma, las calcificaciones de la matriz condral son punteadas o agrupadas, mientras que en el osteosarcoma, las calcificaciones de la matriz Ósea son algodinosas en los tejidos blandos y la cavidad medular.

Así, la calcificación (que puede ser benigna o maligna) y la osificación, que da lugar a la miositis, de la que hablaremos más adelante, son las causas del aumento de matriz.

Calcificación benigna (flebolitos, parasitosis) o maligna (matriz cartilaginosa).

Osificación: Los cuerpos extraños han provocado un aumento de la densidad. Los cuerpos extraños, que pueden estar hechos de una amplia gama de materiales (tejido, vidrio, madera, metal), son comunes en los tejidos blandos y frecuentemente causan pequeños focos de densidad variable.

- Densidades adicionales: Los cambios provocados por una pérdida de densidad son consecuencia de la presencia de acumulaciones grasas o gaseosas.
- Aire: puede estar relacionado con: antecedentes quirúrgicos recientes o procedimientos intervencionistas, fistulas abiertas a la piel, infecciones por gérmenes anaerobios y degeneración de proteínas que provocan gases.
- Grasa: Los acúmulos grasos también pueden resultar de lipomatosis, que es un aumento exagerado y focal del contenido graso en regiones donde ya es frecuente, infiltraciones o tumores con contenido graso (lipomas, teratomas y liposarcomas), que sucede cuando los músculos se atrofian.
- Determinar la simetría. La comparación contralateral en la radiología simple puede ayudar a identificar cambios en el tamaño o la forma de los tejidos blandos, aunque no siempre es fácil de hacer. Siempre se debe considerar la atrofia porque puede tener una variedad de causas. y no debe confundirse con aumentos de volumen focal de origen tumoral, como la hiperplasia muscular.

De acuerdo con la bibliografía, los tumores de partes blandas tienen una tasa de incidencia baja de 35 casos por millón de personas por año. A continuación enumeraré los más comunes y haré algunas observaciones sobre ellos.

Características radiológicas importantes:

- Lipomas: ocurre frecuentemente. Un área claramente delimitada. Ocasionalmente, calcificaciones internas.

- Liposarcomas: Las áreas del retroperitoneo, la mitad del muslo y la fosa poplíteica se ven afectadas con mayor frecuencia. Podrían tener calcificaciones.

Los rabdomiosarcomas son cánceres. Radiológicamente, son bastante comunes pero difíciles de detectar. Aparece como una masa que se confunde con los tejidos cercanos.

- Fibrosarcoma. No difiere de los tejidos cercanos, y si está cerca de estructuras óseas, con frecuencia resulta en erosión cortical y reacción perióstica.

Los hemangiomas son un ejemplo. Se pueden ver flebolitos y crece el tejido blando.

- Condrosarcoma y osteosarcoma. extraño y malvado. muy parecido a los tumores óseos. con radiografía estándar.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía simple aporta información en el estudio de las lesiones de partes blandas, a pesar de que no es la prueba de imagen que más datos diagnósticos nos aporta sobre la lesión, especialmente en comparación con una ecografía.

Por su accesibilidad, la resonancia magnética nuclear es una posibilidad que debe valorarse inicialmente, sobre todo para descartar patología ósea asociada.

Las imágenes son esenciales en la evaluación de masas de tejidos blandos; aunque normalmente no permiten un diagnóstico específico, proporcionarán al cirujano las 1800 preguntas fundamentales.

El trabajo de un equipo multidisciplinario conformado por radiólogos, médicos, cirujanos y patólogos es fundamental para lograr mejores resultados.

Hay que tener mucho cuidado con el paciente, porque es un proceso que les provoca mucho nerviosismo y alteración.

6 Bibliografía

-www.revistamedica.com

Capítulo 132

TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO Y LA ACTUACIÓN CON EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN LA SALA DE RADIOLOGÍA

MÓNICA SÁNCHEZ DÍAZ

VICTORIA PATÓN DÍAZ

MARIA DEL CARMEN PARRA GALLEGO

YOLANDA NOGUERO FIMIA

MONICA RUANO DOMENECH

1 Introducción

El término "paciente politraumatizado" se refiere a una persona que, como consecuencia de un traumatismo, presenta lesiones de origen traumático en numerosas localizaciones anatómicas y biomecánica peligrosa. Colisiones de tráfico, aplastamientos y explosiones son algunas de sus causas. Dado que los errores cometidos al realizar las proyecciones pueden empeorar las lesiones de estos pacientes, todo técnico que trabaje en la sala de radiología debe estar acostumbrado a este tipo de riesgos. Para el manejo del politraumatizado se requiere comprender y

llevar a cabo un curso de acción muy específico. Como debe actuar, esto crea una de las situaciones que más preocupan al profesional. Cuando el médico de urgencias solicita que se tomen radiografías, lo hace de manera rápida y cuidadosa mientras maneja al paciente. Por ello, el experto será fundamental para el uso multidisciplinar del politraumatizado en la sala de radiología en cuanto a las proyecciones requeridas y así llegar al diagnóstico correcto en algunos casos de las lesiones. Una de las pruebas complementarias fundamentales en esto es la prueba de radiológica para el grupo de pacientes, ya que nos aportan datos pertinentes y útiles. Una radiografía de tórax, columna cervical lateral y pelvis anteroposterior (AP) se incluyen de forma rutinaria en el proceso de planificación. Otros estudios, como la tomografía axial computarizada (TC) y la ecografía, pueden solicitarse individualmente para completar el diagnóstico en función de la exploración física y las radiografías básicas previas.

2 Objetivos

Explicar las diversas técnicas de movilización que utiliza el paciente politraumatizado para que otros profesionales y usted puedan realizar las proyecciones necesarias.

3 Metodología

Luego de realizar una búsqueda activa en varias bases de datos, incluyendo Google Scholar, Webcir, Elsevier, Scielo, Slideshare, etc., se realizó una revisión bibliográfica para completar este capítulo. Los términos de búsqueda relacionados con el tema que se está tratando, como politraumatizado, radiografía y trauma, deben usarse como criterios de búsqueda.

4 Resultados

El motivo número uno de las lesiones son los accidentes de tráfico, pero otras causas son las caídas no intencionadas, los accidentes laborales, los accidentes domésticos, las agresiones, etc. trauma, así como hasta otros seis tipos de situaciones. El abordaje que realizaremos al trabajar con este tipo de pacientes en la sala de radiología se basa en pautas muy establecidas, como evaluar el estado del paciente a la entrada de la sala de radiología para saber qué técnica de movilización utilizar y describir el posicionamiento que tomaremos en cada proyec-

ción para obtener un diagnóstico lo más completo posible. La velocidad es crucial cuando se trata de este tipo de pacientes, y es importante hacer la menor cantidad de movimientos posible. En realidad, aunque la condición del paciente complica las cosas, es imperativo obtener la imagen más clara y precisa posible.

Las salas de radiología deben contar con las mismas herramientas fundamentales de soporte vital que se encuentran disponibles en las salas críticas. Las principales imágenes necesarias de antemano siguen siendo radiografías de tórax, cervicales y pélvicas. pacientes de este tipo. Las limitaciones en el método y el calibre de las imágenes que se pueden ver resultan de la dificultad para llevarlo a cabo. las siguientes acciones son:

1. Recepción del paciente observando inicialmente su estado.
2. Controlamos los movimientos ajenos a la guardia para evitar daños mayores.
3. Tanto el collar como la mesa de inmovilización deben permanecer en su lugar.
4. Las proyecciones de tórax anteroposterior, pelvis anteroposterior y columna cervical lateral son las primeras que observamos.
5. Las siete vértebras cervicales hasta T1 deben ser visibles en la radiografía cervical lateral. No quitaremos el collarín cervical ni, por supuesto, moveremos los hombros del paciente mientras movemos la camilla y la colocamos en el bucky de pared. Nuestro objetivo es visualizar posibles fracturas y en consecuencia, identificar la lesión.
6. Con la ayuda del asistente, arrastraremos lentamente al paciente desde la mesa de exploración hasta la mesa de radiografía de tórax anteroposterior. Le pediremos al paciente que tome aire y, si puede, que lo contenga. Buscaremos cualquier patología pulmonar, como un neumotórax, o fracturas de costillas.
7. Radiografía anteroposterior de la pelvis: La pelvis se proyecta anteroposteriormente (AP) en la misma mesa de exploración. Esta proyección es excelente para la detección de la ubicación precisa de la fractura en el hueso.
8. En todas las proyecciones, aplicaremos los métodos de imagen adecuados.
9. Reposicionar al paciente con el transfer en su camilla una vez completadas las proyecciones y luego evaluar su estado.
10. Envíe el paquete completo al médico que solicita las imágenes para que pueda continuar investigando posibles lesiones y determinar si necesitará pruebas adicionales.

5 Discusión-Conclusión

Dado que la mayoría de las lesiones traumáticas son probablemente tratables, se requiere un diagnóstico preciso y rápido para determinar el mejor curso de

tratamiento. El técnico radiólogo debe conocer el protocolo de actuación ante este tipo de pacientes para poder realizar las radiografías de la mejor forma posible para el reconocimiento completo de una lesión. También deben colaborar activamente con el radiólogo y el médico de urgencias para permitir una atención rápida y precisa. Para permitir la movilización de pacientes que disminuya el dolor para ellos, también debemos mejorar la seguridad del paciente. El TSID debe conocer el procedimiento de actuación a seguir con los pacientes politraumatizados, haber recibido la formación adecuada en el mismo y ser capaz de ejecutarlo de forma eficaz apoyando el esfuerzo del equipo sanitario y pensando siempre en el interés superior del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 133

CUIDADOS AL PACIENTE Y EMPATÍA POR EL TECNICO ESPECIALISTA EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

ADELAIDA ARANGO FLÓREZ

1 Introducción

En cualquier centro especializado como hospitales, suelen tener un servicio de radiología. En este es donde se efectúan pruebas radiológicas las cuales pueden dar un conocimiento sobre estructuras óseas, o masas etc. para un buen diagnóstico de un paciente.

Generalmente el servicio de radiodiagnóstico se encuentra en la planta baja del centro hospitalario. Con fácil acceso tanto si van por consultas o por urgencias hospitalarias. Debe estar debidamente preparada con las barreras arquitectónicas correctas.

Todo esto quiere decir que el personal que desempeña sus funciones laborales en este servicio son personal sanitario con lo cual deben estar debidamente formados no solo en realizar técnicas radiológicas o ayudar al radiólogo en otro tipo de pruebas invasivas, sino que deben conocer y fomentar los cuidados y empatía con los pacientes.

Podemos definir la palabra empatía como 'apreciación de los sentimientos de otra persona', definición a partir de la cual se han establecido diferentes enfoques y se ha discutido si es un atributo de tipo cognitivo o afectivo. La definición que mayor consenso tiene en la literatura sobre enfermería es la que presenta la empatía como la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona, sumado a la capacidad de comunicar este entendimiento.

2 Objetivos

- Describir qué tipo de cuidados o empatía debe administrar a un paciente que asiste a una prueba radiológica el técnico superior en diagnóstico por imagen.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos pubmed, Scielo, Cochrane. Se han escogido artículos que nos indican que tipo de cuidados puede realizar el técnico en su sala de radiografías.

Palabras clave: Emoción, tristeza, cuidados, empatizar.

4 Resultados

Como se ha podido observar hemos querido incluir en nuestra revisión bibliográfica artículos que nos indican que tipo de cuidados o ayuda psicológica puede realizar el técnico especialista en imagen para el diagnóstico (TSID) puede realizar a un paciente que acude a una prueba diagnóstica.

En un primer momento, el técnico debe conocer que prueba va a tener que realizar a su paciente, con lo cual antes de que este entre en la sala deberá tener preparado todo lo necesario para la realización de la prueba.

Otro aspecto importante es que en el momento que el técnico realice el llamamiento del paciente compruebe la identidad de este. Tras esta comprobación el técnico podrá valorar en un instante qué tipo de ayudas o cuidados va a necesitar el paciente. El paciente puede ser autónomo o no con lo cual el profesional sanitario ayudará a esta función, evitando un desagradable momento sin criticar y ayudando en todo lo posible.

En cuanto a la empatía el técnico debe ser capaz de, como la palabra indica, ponerse en lugar del paciente con lo cual muchos autores nos indican que el técnico debe ser capaz de procesar ante el descubrimiento de un cáncer, tumor etc. Para ello apoyará a este paciente durante toda la sesión de radiología o técnica de estudios complementarios que haya pautado el facultativo o radiólogo.

En ocasiones el TSID según estudios realizados y encontrados en muchos artículos no es un profesional en el cual el paciente avoque sus sentimientos, ya que las técnicas radiológicas suelen ser de corta duración, y en caso de tener que durar más el técnico le estará observando tras el cristal plomado. Aunque en ninguna ocasión dejará de recibir cuidados este paciente.

5 Discusión-Conclusión

Siempre que se habla de empatía se imagina el paciente en una unidad de hospitalización, o centro sanitario. Pero en cualquier zona o unidad el paciente debe ser escuchado, atendido, empatizado y, por supuesto, desde que entra en ese centro. Como se ha podido observar en nuestros resultados en todo momento el paciente en una unidad de radiología está acompañado y cuidado. También debe ser atendido con respeto y por supuesto ayudar ante la imposibilidad de que el mismo pueda realizar alguna actividad básica de la vida diaria.

Es importante que el técnico realice esa valoración inmediata a la hora de realizar el llamamiento para evitar situaciones conflictivas para el paciente.

6 Bibliografía

1. Hofstadt Román CJ, Quiles Marcos Y, Quiles Sebastián MJ. Técnicas de comunicación para profesionales de Enfermería [Internet]. Valencia 2006.
2. Sonic JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency Department Patient Experience: A Systematic Review of the Literature. J Patient Exp [Internet]. 2018 Jun ; 5(2):101-106.

Capítulo 134

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO Y EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN ONCOLÓGICA

MARTA COLLADOS PLAZA

JORGE SORIA HITADO

PABLO SORIA HITADO

1 Introducción

Antes de proceder a desarrollar las funciones llevadas a cabo por los celadores con el paciente oncológico durante su estancia en el centro sanitario, es necesario diferenciar el funcionamiento con este tipo de pacientes en el hospital de día oncológico y en la planta de hospitalización de oncología.

El hospital de día oncológico se puede definir como la localización física del centro sanitario donde los pacientes diagnosticados con algún tipo de cáncer reciben el tratamiento de quimioterapia establecido por el médico especialista en oncología, una vez pasado por consulta y comprobada la analítica realizada ese mismo día.

La planta de hospitalización de oncología se puede definir como la localización física del centro sanitario donde los pacientes diagnosticados con algún tipo de

cáncer son ingresados para recibir las atenciones médicas asistenciales necesarias a su diagnóstico clínico.

La figura del celador será muy importante tanto en el hospital de día oncológico como en la planta de hospitalización, ya que su actuación es necesaria e imprescindible para el funcionamiento del servicio, ya que serán los encargados de movilizar o trasladar a los pacientes de un servicio a otro para la realización de analíticas, pruebas exploratorias o diagnósticas, recibir el tratamiento de quimioterapia, y otras funciones encomendadas por sus superiores en la unidad.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones llevadas a cabo por los celadores con el paciente oncológico en el hospital de día.
- Dar a conocer las funciones llevadas a cabo por los celadores con el paciente oncológico en la planta de hospitalización.

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 DEL CELADOR EN EL HOSPITAL DE DIA ONCOLÓGICO

- Comprobar la existencia de balas de oxígeno en la unidad y asegurarse de que las balas estén llenas, en caso contrario, sustituirlas.
- Comprobar la existencia de sillas de ruedas necesarias para el traslado de pacientes de una unidad a otra dentro del servicio, o del centro sanitario.
- Trasladar las analíticas desde el hospital de día hasta los laboratorios correspondientes.
- Trasladar la petición de retirada de sangre al banco de sangre, para su posterior retirada cuando este preparada.
- Trasladar a los pacientes a realizarse una placa de rayos.

- Ayudar al paciente a posicionarse en la cama, camilla o sillón para recibir el tratamiento de quimioterapia.
- Trasladar desde el servicio de farmacia los ciclos de quimioterapia, una vez la unidad de citostáticos los tenga preparados.
- Trasladar desde el servicio de farmacia hasta la consulta de farmacia de oncología, la medicación solicitada por el farmacéutico del hospital de día.

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA

- Comprobar la existencia de balas de oxígeno en la unidad y asegurarse de que las balas estén llenas, en caso contrario, sustituirlas.
- Comprobar la existencia de sillas de ruedas necesarias para el traslado de pacientes de una unidad a otra dentro del servicio, o del centro sanitario.
- Trasladar la petición de retirada de sangre al banco de sangre, para su posterior retirada cuando esté preparada.
- Trasladar a los pacientes en silla de ruedas o cama, para la realización de pruebas exploratorias o diagnósticas.
- Ayudar al técnico en cuidado auxiliares de enfermería con la movilización del paciente para el aseo diario, cambio de cama o cambio de postura corporal.
- Ayudar el equipo de enfermería en cualquier función que le sea encomendada, siempre que no conlleve la utilización de material sanitario sobre el paciente.
- Ayudar en el amortajamiento del paciente recién fallecido y trasladarlo al tanatorio o mortuorio del centro hospitalario.
- Acompañar al paciente y a su familiar a la salida una vez recibida el alta hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del celador con el paciente oncológico en el hospital de día oncológico y en la planta de hospitalización oncológica”, nos demuestra, en primer lugar, el funcionamiento de un servicio y otro, habiendo una clara diferencia de actuación asistencial entre el hospital de día y la planta de hospitalización.

En segundo lugar, se ha detallado las funciones llevadas a cabo por los celadores en un servicio y otro, siendo muchas de las funciones a realizar iguales independientemente del servicio en el que se encuentre el celador.

Sin embargo, cabe destacar la importancia que tiene que tanto el celador como el resto de personal profesional muestren una actitud humanizadora y comprensiva

con este tipo de paciente y sus familiares, ya que es una enfermedad muy dura y larga, y necesitan estar rodeados de personas agradables.

6 Bibliografía

- Diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE).
- Diccionario del Instituto Nacional del Cáncer (INC).
- GARRIDO, J.M. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- 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.
- RODRIGUEZ, F. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada Logoss. 2013.
- Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. España. Centro de estudios Adams. 2007

Capítulo 135

SERVICIO DE ENDOSCOPIAS. FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE DIGESTIVO DURANTE LAS GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS

MARTA COLLADOS PLAZA

JORGE SORIA HITADO

PABLO SORIA HITADO

1 Introducción

En el servicio de endoscopias son dos las pruebas que se realizan, por un lado, las gastroscopias y, por otro lado, las colonoscopias.

Según el diccionario del Instituto Nacional del Cáncer (NIH), la gastroscopia es definida como la exploración del interior del estómago mediante la utilización de un aparato llamado gastroscopio. Este dispositivo se introduce a través de la boca y el esófago.

Dicho diccionario define el gastroscopio como un dispositivo delgado con forma de tubo, el cual porta una luz y una lente en su extremo para observar el interior del aparato digestivo. Algunos de estos dispositivos portan una herramienta para extraer una pequeña muestra de tejido, la cual será llevada al servicio de anatomía patológica para su estudio y verificar de esta manera la posibilidad de una enfermedad.

El diccionario del Instituto Nacional del Cáncer (NIH) del mismo modo define la colonoscopia como la exploración del interior del colon mediante la utilización de un aparato llamado colonoscopio, el cual es introducido en el recto.

Este diccionario define el colonoscopio como un dispositivo delgado con forma de tubo, el cual porta una luz y una lente en su extremo para observar el interior del colon. Al igual que el gastroscopio, puede tener una herramienta para extraer pequeñas muestras de tejido.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones llevadas a cabo por los celadores con el paciente digestivo.

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 primera persona con la que se encuentra un paciente al entrar en el servicio de endoscopias es con el celador, el cual sale a llamarlo para ayudarlo a prepararse. Del mismo modo, la ultima persona que ve el paciente antes de abandonar la unidad es al celador, el cual le acompañará a la salida una vez recibida el alta. Es por ello, que la presencia del celador en la unidad es muy activa, colaborando con el resto de personal sanitario durante todo el proceso de gastroscopias y colonoscopias.

FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE DIGESTIVO

- Recibir al paciente en la puerta de la unidad.
- Ayudar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a preparar al paciente, para ello le darán el camisón, calzas, gorro y mascarilla que deberá ponerse para entrar en la sala de endoscopias.
- Ayudar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a desvestir al paciente para ponerle el camisón de la institución.

- Ayudar al paciente a posicionarse en la camilla de intervención. Si el paciente no puede colocarse por el mismo se realizará la prueba en la propia cama del paciente.
- Colocará al paciente en la posición ordenada por el anestesista o médico especialista en endoscopias.
- Sujetará al paciente hasta que éste esta completamente dormido, una vez recibida la anestesia.
- Durante la realización de la prueba, el celador permanecerá en la sala cerca del paciente por si éste tiende a mover piernas o cabeza, o por si el equipo médico o de enfermería necesita su colaboración.
- Una vez finalizada la prueba y ha despertado el paciente, el celador sacará al paciente en su cama para trasladarlo a la sala de despertar o reanimación, dónde será controlado por el equipo de enfermería.
- Cuando el paciente es dado de alta, el celador acompañará al paciente a la salida de la unidad si está acompañado, o lo llevará al servicio de ambulancias si ha llegado al centro sanitario en soporte básico.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Servicio de endoscopias. Funciones del celador con el paciente digestivo durante la gastroscopias y colonoscopias” nos han mostrado la diferencia existente entre las dos pruebas realizadas al paciente digestivo en el servicio de endoscopias. Por otro lado, se ha realizado una breve aproximación de las actuaciones del celador con el paciente en la unidad. Del mismo modo, es importante destacar la figura del celador en el servicio ya que, como se ha podido comprobar, el celador es el primer profesional y el último con el cual se encuentra el paciente, por lo tanto, los celadores deberán mostrar profesionalidad en la realización de su trabajo, porque es una figura importante como cualquier profesional de la unidad.

6 Bibliografía

- Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.
- Diccionario del Instituto Nacional del Cáncer (INC).
- 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.

- Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. España. Centro de estudios Adams. 2007

Capítulo 136

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA. ACTUACIÓN DEL CELADOR CON LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

MARTA COLLADOS PLAZA

JORGE SORIA HITADO

PABLO SORIA HITADO

1 Introducción

Se entiende como Unidad de Media Estancia (UME), la unidad dónde se encuentran pacientes con trastorno mental grave durante un periodo de entre 6 y 12 meses, pudiendo ser alargado este periodo por recomendación de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.

Una vez transcurrido este periodo de tiempo hay tres opciones para este tipo de pacientes con trastorno mental:

- Volver a su núcleo familiar y social o a una casa o centro de acogida.
- Continuar un periodo más de tiempo en la unidad de media estancia.
- Ser derivado a un centro sociosanitario específico de larga estancia. Esta opción es utilizada para aquellos pacientes con un trastorno irreversible.

En la unidad de media estancia se brinda una asistencia residencial que presta un tratamiento integral de los pacientes residentes durante su estancia en esta unidad.

En esta unidad desarrolla su actividad profesional un equipo multidisciplinar formado por; psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores y el servicio de seguridad y de limpieza. Los cuales trabajan para la recuperación de las habilidades, los recursos psicológicos, laborales y sociales de los pacientes con trastorno mental, cuya finalidad es la integración de los mismos en su núcleo familiar, social y cultural.

2 Objetivos

- Conocer la unidad de media estancia donde son ingresados los pacientes con trastornos mentales graves.
- Conocer el equipo multidisciplinar que desarrolla sus funciones con este tipo de pacientes psiquiátricos.
- Enumerar las funciones llevadas a cabo por los celadores con el paciente psiquiátrico durante su estancia en la unidad de media estancia.

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 Unidad de Media Estancia (UME), al ser una unidad de internamiento requiere de personal profesional las 24 horas del día durante los 365 días del año, es por ello por lo que los profesionales desarrollaran turnos rotatorios para prestar una asistencia continuada a los pacientes residentes.

La duración de estos turnos dependerá de la organización y funcionamiento de cada institución, sin embargo, en la mayoría de estas unidades se llevan a cabo turnos de 7 horas, de 12 horas y 24 horas.

- Los turnos de 7 horas suelen ser realizados de lunes a viernes de 8h a 15h, por personal médico, terapeutas, equipo de refuerzo de enfermería, equipo de refuerzo de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y personal de limpieza.

- Los turnos de 12 horas suelen ser realizados de lunes a domingo de 8h a 20h o de 20h a 8h, por personal de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y personal de seguridad.

- Los turnos de 24 horas suelen ser realizados de lunes a domingo de 8h a 8h por el cuerpo de celadores.

Durante las 24 horas que el celador se encuentra desarrollando su jornada laboral en la unidad de media estancia, lleva a cabo las siguientes funciones:

- Se encargarán de abrir y cerrar las puertas de las zonas comunes y habitaciones de los pacientes, cumpliendo el horario establecido por la dirección de la institución.

- Colaborará con el resto de personal profesional durante el desayuno, comida, merienda y cena de los residentes en el comedor. Ayudará a repartir la comida y a vigilar que los residentes coman adecuadamente.

- Tendrá la función exclusiva de vigilar a los residentes mientras estos se encuentran en las zonas adaptadas para fumar o en las zonas de ocio.

- Serán los encargados de trasladar a los pacientes al centro de salud y centro de hospitalización cuando tengan cita para la realización de pruebas. Durante el traslado a una institución sanitaria serán acompañados por un técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

- Cuando la dirección del centro lo autorice, acompañará a los residentes durante las salidas extraordinarias.

- Vigilará el descanso de los residentes durante el horario nocturno.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en la unidad de media estancia. Actuación del celador con los pacientes psiquiátricos” nos han mostrado, por un lado, el funcionamiento de esta unidad y el tipo de pacientes que son internados en estas unidades. Y por otro lado, las funciones desarrolladas por los celadores en la unidad de media estancia.

Cabe destacar que los celadores pasan 24 horas con este tipo de pacientes, por lo que deberán mostrar templanza y una actitud positiva hacia la recuperación de estos. Del mismo modo, deberá hacer la estancia de los residentes más amena, por lo que los animará a realizar actividades o tareas de entretenimiento y lúdicas, participando en las mismas.

6 Bibliografía

- Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.
- 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 <http://hugu.sescam.jccm.es>

Capítulo 137

DISCRIMINACIÓN A LA MUJER POR MATERNIDAD

ARAMAR LÓPEZ CHAMORRO

1 Introducción

A pesar de que en los últimos tiempos se ha producido un cambio importante en el mercado laboral en cuanto al acceso de las mujeres y a los puestos de trabajo que ocupan, no se puede hablar todavía de una igualdad entre ellas y los hombres. Por un lado, tenemos que los hombres no llevan la misma progresión en el trabajo del hogar, como las mujeres en mercado laboral. Por otro, nos enfrentamos a la discriminación sufrida por las mujeres, por el mero hecho de serlo, pero también se ha de tener en cuenta que uno de los principales motivos de discriminación es en lo referente al embarazo, el tiempo de baja por maternidad y los permisos médicos que han de afrontar las empresas en caso de que una de sus trabajadoras se quede embarazada. Y no solo por en el caso de la madre biológica, también en el caso de la adoptante, acogida...

En el caso de la maternidad en la sanidad, no hay que tener en cuenta que la trabajadora puede tener complicaciones por cargas, pasar mucho tiempo de pie, trabajar a turnos, riesgos biológicos a los que puede estar expuesta en el centro de salud u hospital, entre otros. Sin tener en cuenta el riesgo que provoca el trabajo cercano con las personas, este último punto es el que también afecta a los administrativos y auxiliares administrativos, así como el estrés generado por las características de estos trabajos.

2 Objetivos

- Redescubrir la discriminación que afecta a las mujeres laboralmente por el hecho de ser madres.
- Conocer los periodos de descanso que corresponden por maternidad.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente sobre la evolución de la maternidad en España, así como a las leyes que recogen los descansos correspondientes a la madre biológica, y estudios que demuestran la discriminación sufrida por las mujeres en el mercado laboral.

4 Resultados

Históricamente el hombre era quien llevaba el sustento a la familia, el que entraba en el mercado laboral para llevar dinero a la casa, mientras que el papel de la mujer era el del cuidado de la familia y la casa. Con el paso de los años ha habido un giro en esta distribución del trabajo con la inclusión de la mujer en el mercado laboral.

Esta nueva situación lleva a la creación de estudios que demuestran que en España está habiendo un descenso de los nacimientos, dado que los empresarios valoran de forma negativa la posibilidad de que una mujer pueda quedarse embarazada, así como el miedo que sufren ellas a un posible despido en caso de un embarazo posterior.

Para perder este tipo de discriminación se están llevando a cabo cambios en la legislación para equiparar los tiempos de ambos progenitores a la hora de disfrutar de licencias y permisos.

La legislación actual incluye la parte específica adaptada a la maternidad, donde se tratan los permisos y licencias que afectan a la madre biológica, adoptante o de acogida, así como al otro progenitor diferente de la madre, en la que se ve claramente que ambos tienen los mismos derechos, por lo que este hecho de formar una familia, por lo que ya no debería ser motivo de discriminación.

En este caso, nos vamos a centrar solo en el caso de la madre biológica y lo que refleja tanto el estatuto de los trabajadores, como el estatuto básico del empleado público.

En ambas leyes se ve reflejado que el tiempo de suspensión del trabajo de un empleado es el mismo para ambos progenitores, en resumen:

La madre biológica en caso de nacimiento disfrutará de un periodo de baja de 16 semanas, de las cuales 6 semanas son obligatorias inmediatamente después del parto, las 10 restantes, podrán disfrutarlas a jornada completa o parcial.

También hay que destacar que la madre puede adelantar el inicio de esta baja, hasta 4 semanas antes de la fecha estimada para el parto.

En el caso del otro progenitor (distinto de la madre biológica), al igual que en el caso de la madre, también dispondrá de un total de 16 semanas de suspensión, de las cuales 6 semanas son obligatorias después de parto, y las otras 10, podrán ser a jornada completa o parcial. Destacar que con estos nuevos tiempos, desaparecen los días de permiso que se disfrutaban por paternidad.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que se creen leyes que fomenten y han posible la inclusión de las mujeres en el mercado laboral, sigue habiendo una clara discriminación al respecto de la contratación de estas, resaltando el motivo de una posible maternidad en el futuro.

Pero no se puede perder de vista, que, a día de hoy, los padres, ya sean biológicos adoptivos o de acogida, tienen la posibilidad de disfrutar de las mismas licencias y permisos que la madre. Claramente, el motivo de la maternidad ya no debería ser un motivo de discriminación hacia las mujeres, como históricamente se ha mantenido.

6 Bibliografía

1. GARRIDO-LUQUE, Alicia, et al. Estereotipos de género, maternidad y empleo: un análisis psicosociológico. *Pensando Psicología*, 2018, vol. 14, no 23, p. 2382-3984.
2. MAROTO-NAVARRO, Gracia; GARCÍA-CALVENTE, María del Mar; MATEO-RODRÍGUEZ, Inmaculada. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gaceta Sanitaria*, (2004). Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500004&script=sci_arttext&tlng=en
3. Ministerio de inclusión, seguridad social y migraciones. Gobierno de España. Periodos de descanso en relación al Estatuto de los Trabajadores (ET) (2023). Recuperado de: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/>

Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/6b96a085-4dc0-47af-b2cb-97e00716791e/0b5879ed-1156-4676-b38c-7229dcba9c49/etebep#DescansoET

4. Ministerio de inclusión, seguridad social y migraciones. Gobierno de España. Periodos de descanso en relación al Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP) (2023). Recuperado de: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/6b96a085-4dc0-47af-b2cb-97e00716791e/0b5879ed-1156-4676-b38c-7229dcba9c49/etebep#DescansoET>

Capítulo 138

EL ALZHEIMER Y EL CELADOR

ISRAEL MUÑOZ RIVAS

ADRIÁN CASTILLO LÓPEZ

HELIODORO PECO SANCHEZ

JUAN DANIEL SANCHEZ PEÑA

FRANCISCO JAVIER MOYANO

1 Introducción

Podemos definir en la actualidad la enfermedad de Alzheimer (descrita por el neuropsiquiatra alemán Alois Alzheimer de donde viene su nombre), como una enfermedad neurodegenerativa de inicio insidioso y curso progresivo que se caracteriza por la pérdida de memoria irreversible y otras funciones cognitivas, así como una serie de síntomas no cognitivos, entre los que destacarían los de tipo psicótico o depresivo y los trastornos del comportamiento, delirios y/o alucinaciones.

En base a esta definición cuando hablamos de funciones cognitivas nos referimos a aquellos procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea, es decir, las personas que padecen Alzheimer tienen dificultades en la memoria, en el lenguaje, en la atención, en la orientación y en la realización de actividades motrices entre otras.

La degeneración empieza a nivel cortical del lóbulo temporal por lo que la memoria resulta dañada precozmente, después se extiende hacia el lóbulo frontal, por

lo que explica la alteración del lenguaje por ejemplo dificultad para evocar el nombre de los objetos de uso cotidiano o de personas cercanas y la tendencia a la repetición, dificultades en el desempeño de tareas familiares, cambios en la personalidad, disminución de la iniciativa, desorientación en tiempo y lugar entre otras afecciones.

La fase más aguda ya hablaríamos de cambios cognitivos más evidentes y discapacitantes como por ejemplo que el enfermo deja de ser consciente de sus propios fallos, desorientación evidente, fallos notables en la memoria (solo recuerda el pasado) por citar algunos ejemplos. La hospitalización de una persona con demencia es bastante habitual debido a enfermedades que pueden estar asociadas a la demencia o no, como puede ser padecer un problema cardíaco, una fractura, por lo que se hace necesario crear entornos amigables, haciendo que la hospitalización sea menos complicada para todos.

En el presente estudio, a través de diferentes artículos y material docente, en concreto referido al trato con el enfermo de Alzheimer, utilizaremos la información más apropiada para expresar este modo de actuación que ha de seguir el celador en su relación con este tipo de paciente en el Sistema Nacional de Salud.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

Determinar de una manera concreta, útil y sencilla el modo de actuar del celador con un enfermo de Alzheimer, así como con su entorno.

Como objetivo secundario:

Mostrar el trabajo del celador dentro del equipo.

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.

4 Resultados

Como resultado del estudio realizado, podemos establecer una serie de premisas que deberán seguir los celadores a la hora de trabajar con el enfermo de Alzheimer:

Deberán de presentarse y transmitir al paciente que está seguro en su compañía.

Crearán un respeto positivo incondicional hacia el enfermo y de empatía, elemento este último que se basa en captar la sensibilidad, sentimientos y realidad de la otra persona.

Adaptarán la comunicación a cada persona y a la fase de la enfermedad en la que se encuentre, evitando en lo posible un ambiente ruidoso, con mucha gente o con varias conversaciones a la vez, todo esto supone una dificultad añadida en la comunicación y se intentará preguntar con opciones de respuestas concretas en las que pueda responder “sí” o “no”. Se dirigirán a la persona con demencia evitando tratarla como a un niño y siempre con una actitud positiva y alegre.

Escucharán a la persona y observarán sus reacciones, nunca interrumpiéndola, ya que eso puede forzar a olvidar lo que iba a expresar, por eso es muy importante estar en silencio durante la escucha, responder estrictamente cuando sea preciso a lo manifestado por el paciente valiéndose de gestos si es necesario, una palmada, una sonrisa, un movimiento afirmativo puede ayudar a demostrar entendimiento y comprensión del mensaje.

Darán tranquilidad al paciente haciéndole ver que el Sistema de Salud está allí para ayudarles. Transmitirán el mensaje de forma que el paciente entienda lo que tiene que hacer o lo que está pasando, siempre dándole ánimos y repitiéndolo cuantas veces haga falta potenciando la comunicación no verbal con gestos y con la expresión facial. Respetarán la dignidad e intimidad del enfermo lo máximo posible.

Llamarán al enfermo por su nombre, esto ayuda a mantener intacta su dignidad y también ayuda a la concentración. Hablarán en el tono de voz adecuado, con claridad, despacio y siempre con respeto, del mismo modo se esperará con paciencia respuesta por parte del paciente teniendo en cuenta las dificultades asociadas a su enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, la enfermedad del Alzheimer es la primera causa de demencia en los países desarrollados y es una patología ligada al envejecimiento, su frecuencia aumenta en personas mayores de 65 años.

En España la cifra de personas afectadas es de aproximadamente 1.200.000, pero la cifra aumenta hasta los 5.000.000 si tenemos en cuenta a las familias de las personas con demencia, ya que también resultan afectadas en cierto modo por la enfermedad.

A la vista de esta realidad, el celador del Sistema Nacional de Salud como un eslabón más de la cadena sanitaria que va a tratar con este tipo de enfermos y sus familiares, deberá de proceder de esta forma al igual que el resto del personal de la Institución para hacer la estancia en el centro de estos enfermos lo más digna y agradable posible.

6 Bibliografía

1. Entornos amigables y solidarios con las demencias en el hospital. Confederación Española de Alzheimer, CEAFA 2020.
2. Curso “Actuación del celador con el enfermo de Alzheimer.” APPF.es Formación online.
3. Habilidades Sociales y Comunicación. El ciudadano como centro de nuestro Sistema Sanitario. La comunicación como herramienta de trabajo. Estilos de comunicación. Tema 11 OPE celador SESCOAM.
4. Hablemos del Alzheimer, El blog de la Fundación Pasqual Maragall, Dra. Nina Gramunt, <https://blog.fpmaragall.org/consejos-comunicacion-alzheimer>

Capítulo 139

EL CELADOR FRENTE A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES

ISRAEL MUÑOZ RIVAS

ADRIÁN CASTILLO LÓPEZ

HELIODORO PECO SANCHEZ

JUAN DANIEL SANCHEZ PEÑA

FRANCISCO JAVIER MOYANO

1 Introducción

Cuando una persona acude a un hospital, centro de salud o cualquier otra institución sanitaria, la figura del Celador es de vital importancia, ya que es la primera persona con la que hacen contacto. La información que dará el personal a los familiares forma parte al derecho que tiene el usuario de las instituciones sanitarias a la información sobre los servicios de salud, de los que dispone, al los que puede acceder y sobre lo necesario para su uso.

La información por parte del Celador debe ser en un lenguaje apropiado, siguiendo los principios descritos en los principios de diseño para todos, de modo que sea accesible y comprensible, es decir, la información sobre los servicios de salud debe ser: clara, simple, completa y detallada.

Las técnicas de la comunicación es una de las aptitudes primordiales del celador, pues debe tener en cuenta que muchas veces la situación con la que los usuarios

del sistema acuden a cualquier centro sanitario, ya sea debido a los nervios de realizar cualquier prueba o a la propia hospitalización, puede ser elevada e intentaran sonsacarnos información que a nosotros nos está prohibida comunicarles, pero a pesar de su insistencia debemos ser siempre comprensibles y ponernos en su lugar.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Dar a conocer el papel de los celadores ante los familiares de los enfermos hospitalizados.

Objetivo secundario:

Resaltar la importancia de las habilidades sociales y de comunicación del celador con 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. Se han utilizado palabras clave como “comunicación con pacientes y sus familiares, vigilancia, asistencia y control”.

4 Resultados

El Celador es la primera persona con la que los pacientes y familiares contactan nada más llegar a cualquier institución sanitaria, por ello dependiendo en la forma en la que se establece ese primer contacto se puede crear una buena o mala impresión de los mismos.

Por ello el Celador es importante que obtenga una adecuada formación para obtener un resultado positivo. Por norma general, los familiares suelen tener un alto nivel de ansiedad y preocupación y suelen estar muy susceptibles ante la situación a la que se enfrentan por lo que tenemos que tener especial cuidado a la hora de comunicarnos tanto con familiares como con pacientes, ya que pueden magnificar cualquier tipo de información.

Entre otras muchas funciones, el Celador tiene destinada la función de transmitir información a usuarios, pacientes y familiares siempre que no haga comentarios sobre diagnósticos que se le estén realizando a los pacientes.

Debemos ser lo más empáticos posible con estas personas que normalmente se encuentran ante situaciones complicadas, por lo que les hablaremos con calma, llamándolos por su nombre para que vayan adquiriendo confianza con todo el personal por el que está siendo atendido y siempre con la mayor amabilidad y simpatía posible.

La figura de los acompañantes como de los familiares de los pacientes durante su hospitalización o durante cualquier tratamiento, es de vital importancia para los pacientes tanto por el cuidado personal que les proporcionan como anímicamente, ya que les reconforta positivamente durante todo el proceso.

Pero debemos tener en cuenta que ellos también están vulnerables y necesitan también todo el apoyo posible por nuestra parte, ya que en muchas ocasiones dependiendo del diagnóstico, al igual que los pacientes necesitan ayuda incluso psicológica.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, la información que el Celador le da tanto a familiares como a pacientes debe ser la más completa posible, excepto aquella que esté relacionada con la enfermedad del paciente. Somos la primera persona con la que se encuentran, por lo que debemos tener en cuenta que es de gran importancia que se sientan escuchados y comprendidos dentro de la estancia.

Tendremos en cuenta las circunstancias por las que están pasando tanto los familiares como los pacientes, dirigiéndonos siempre a ellos con respeto e intentando ponernos siempre en su lugar, utilizando siempre que se pueda y nos den pie a ello la familiaridad.

6 Bibliografía

1. Celadoresonline.blogspotcom.
2. Congresosicepa.com.
3. <https://www.loggoss.net>.

4. <https://revistamedica.com>.

Capítulo 140

EL CELADOR Y LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL ENTORNO SANITARIO

ISRAEL MUÑOZ RIVAS

ADRIÁN CASTILLO LÓPEZ

HELIODORO PECO SANCHEZ

JUAN DANIEL SANCHEZ PEÑA

FRANCISCO JAVIER MOYANO

1 Introducción

Se podría decir que las habilidades sociales son un conjunto de distintas estrategias y capacidades que permiten a las personas mejorar en sus relaciones interpersonales en cualquier ámbito de su vida, tanto a nivel personal como a nivel profesional e interactuar de una manera exitosa con sus semejantes.

Estas habilidades están directamente relacionadas con la manera que tiene una persona de pensar o de sentir y se podría llegar a decir, que el comportamiento que una persona tiene ante la sociedad que le rodea, es el resultado de su propia personalidad, la cual se empieza a forjar desde la más tierna infancia y en la que el mayor referente a tener en cuenta es la familia.

Dentro de esas habilidades se incluyen pensamientos, comportamientos y emociones y se podrían clasificar en dos tipos: habilidades sociales básicas y habilidades sociales complejas. Ser empático, asertivo, respetuoso, tener capacidad de escucha son algunas de las cualidades que se engloban dentro de esas habilidades.

Hoy en día es de gran utilidad para un Celador el buen manejo de dichas habilidades en su entorno laboral, beneficiando así tanto el trato dado a los pacientes como las relaciones con el resto del personal con él trabaja diariamente.

2 Objetivos

- Describir qué son las habilidades sociales, cómo se clasifican y cuáles son las más destacadas.
- Dar a conocer la importancia que tienen para el buen desempeño de la labor de un Celador en el entorno 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, utilizando palabras clave como celador, habilidades... Se ha consultado temario específico para la categoría facilitado por sindicato C.S.I. y se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

4 Resultados

Las habilidades sociales son una serie de conductas adecuadas que facilitan las relaciones entre las personas y el entorno que las rodea, ante cierto tipo de situaciones. Gran parte de esas habilidades se aprenden de forma natural en las primeras etapas de la vida, tomando como referente el entorno familiar y social que rodea a la persona.

Se podría decir que hay diferentes maneras de agrupar los distintos tipos de habilidades, en este caso se presentarían las más importantes que serían las siguientes:

- Habilidades sociales básicas: Son las primeras en ser adquiridas y muy importantes a la hora de poder mantener una comunicación fluida y satisfactoria en

cualquier ámbito de la vida. Saber presentarse, iniciar y mantener una conversación, saber escuchar, formular preguntas y saber utilizar un lenguaje no verbal adecuado, son las más importantes.

- Habilidades sociales complejas: este tipo de habilidades se aprende una vez adquiridas las anteriores. Saber pedir ayuda, compartir una opinión, disculparse o dar y seguir instrucciones son algunas de las más significativas. Teniendo en cuenta todo lo anterior, cabría destacar otro tipo de habilidades que serían de gran ayuda a la hora de desenvolverse en cualquier ámbito y en especial en el entorno laboral. Entre las que podemos señalar:

- Empatía: Es la capacidad de entender lo que le sucede a otras personas.
- Asertividad: es la capacidad de expresar pensamientos y opiniones siempre desde el respeto.
- Respeto: capacidad de aceptar las opiniones actos y pensamientos de otras personas aunque no se compartan.
- Escucha activa: capacidad de escuchar a otras personas con detenimiento y hacerles ver que son escuchadas.

En el ámbito del celador, como ejemplos donde quizás sea más importante saber y aplicar todo lo expuesto anteriormente, se describen los siguientes casos:

- Ante un paciente en fase terminal y sus familias.
- Ante un paciente geriátrico.
- Ante un paciente que es dirigido a quirófano. Presentarse ante el usuario, llamarlo por su nombre, mostrarse amable y respetuoso, mirar directamente a los ojos del interlocutor, informarle siempre dentro de las competencias recogidas para dicho personal, serán algunas de las habilidades a tener en cuenta para poder dar un servicio de calidad.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el celador como parte de la estructura de recursos humanos del sistema sanitario debe formarse para desarrollar las habilidades sociales adecuadas para atender y cuidar de los usuarios.

Por lo tanto, en el día a día como en el entorno laboral, es muy importante saber

aplicar todas las habilidades anteriormente mencionadas. En el ámbito hospitalario cobran si cabe una mayor importancia, ya que se trabaja directamente con todo tipo de pacientes.

El celador debe formarse en técnicas y habilidades basadas en el buen manejo de la comunicación y las emociones, facilitarán enormemente las relaciones con nuestros semejantes. También cobran mucha importancia a la hora de evitar situaciones de conflicto o bien en caso de darse, saber cómo actuar para resolverlos de la mejor manera posible.

Aprender, entrenar y desarrollar estas habilidades se hace necesario, ya que nos permitirá promover la confianza y el respeto mutuo entre los pacientes y el celador.

6 Bibliografía

1. <https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/07/Habilidades-socialescomunicacion.pdf>.
2. http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/G_Recurso_orientacion/g_5_habilidades_sociales/g_5.1.documentos_basicos/1.11.HHSS%20mejoran%20comunicacion.pdf.
3. <https://revistamedica.com/habilidades-sociales-celador-comunicacion-sanitaria/>
4. <https://congresosicepa.com/habilidades-comunicacion/>

Capítulo 141

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN RECURSOS HUMANOS (RRHH) EN LOS HOSPITALES

TAMARA LOPEZ MARTIN

ALICIA GOMEZ GOMEZ

NATALIA ROPERO PERALES

MARIA DEL ROSARIO LIZAN DIAZ

MARIA SOLEDAD DIAZ RODENAS

1 Introducción

A modo de introducción, y con carácter genérico si queremos tener una referencia normativa que recoja las funciones del auxiliar administrativo en las instituciones sanitarias debemos acudir a la Orden de 1984 que modifica el Estatuto del Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social de 1971. En virtud de la cual el auxiliar administrativo tiene como función principal “el apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas de la Institución, así como las de secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática”. Normativa derogada por el Estatuto Marco del Personal Estatutario de las Instituciones sanitarias, que conserva una disposición transitoria dónde alude a dicha orden.

Una vez realizada la contextualización normativa, las funciones siguen vigentes. Aunque el objeto del presente capítulo está dedicado a las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de Recursos Humanos de un Hospital, servicio estratégico cuya función en la gestión del personal resultan imprescindibles para el funcionamiento ordinario del centro. El auxiliar administrativo es una figura imprescindible que asume una cantidad ingente de funciones, que precisan orden y concentración en su desarrollo. Además del manejo de programas informáticos que requieren una formación y aprendizaje previo.

2 Objetivos

Establecer las funciones del auxiliar administrativo en el área de recursos humanos de los centros hospitalarios u hospitales, explicando cómo este personal realiza cada una de ellas.

Indicar las habilidades que este personal debe poseer para realizar la atención al usuario o paciente de un hospital.

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

Como ya se ha expuesto el Servicio de Recursos Humanos se ocupa de la gestión de personal de un centro sanitario, por lo que su función es fundamental en la institución, generalmente está integrado por un jefe de Servicio y diverso personal administrativo, sobre todo Auxiliares Administrativo, dependiendo de las dimensiones del centro. Las funciones propias que desarrolla son las siguientes:

Recibir al trabajador que acude al centro sanitario por primera vez, facilitándole toda la información necesaria sobre dotación de indumentaria, registros informáticos.

Formalizar un expediente del trabajador, recopilando la documentación que debe aportar y que se precisa para poder realizar la contratación, implica hacer fotocopias de títulos, documentación bancaria, datos de filiación etc.

Realizar el contrato, en función de la categoría para la que vaya a ser contratado y del que se va a derivar el alta en la Sistema General de la Seguridad Social.

Poner en contacto al trabajador con su inmediato superior a fin de que lo ubique en el puesto concreto dónde vaya a realizar sus funciones.

Registro en el programa informático que corresponda de gestión de recursos humanos que permitirá ir documentando cualquier eventualidad que se genere respecto a ese trabajador (permisos, vacaciones, reducciones de jornada, turnos...)

Funciones de atención al público y atención telefónica, solventando dudas que puedan surgir al personal o al público en general.

Por tanto, estamos ante un perfil profesional que requiere habilidades en atención al público y en el trato con el personal, ágil y dinámico en el desarrollo de su trabajo que requiere precisión y concentración. Subordinado al jefe de Servicio, acatará sus directrices en el desarrollo de su trabajo, teniendo siempre presente la coordinación con sus compañeros y con todas las áreas hospitalarias presentes en las instituciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión y tal como hemos visto en el anterior apartado de resultados de este capítulo, el trabajo o funciones del auxiliar administrativo en el área de recursos humanos de los hospitales es muy importante, ya que se encargan de todo el apartado de contratación del personal (sanitario y no sanitario). Explican a estos toda la información que necesitan para ejercer su trabajo, formalizan expedientes con toda la información del personal contratada para así llevar un control de sus datos, realizan su contrato y llevan al trabajador con su superior (una vez contratado) para que lo ubique en el puesto que va a ejercer. En definitiva estamos ante un servicio esencial del Hospital y el Auxiliar Administrativo realiza tareas de gran responsabilidad en la gestión de expedientes de trabajadores y en la recepción de los mismos, facilitándole su primer día de trabajo.

6 Bibliografía

1. Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971, sobre el Estatuto del personal no sanitario.
2. Estatuto Marco del personal de II. SS Ley 55/2003
3. <https://www.elsevier.es>
“la sostenibilidad y los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.
4. <http://scielo.isciii.es>
“Recursos Humanos en los Servicios de Salud: ¿decisiones políticas o política de decisiones?”

Capítulo 142

LESIONES SUFRIDAS POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN ÁMBITO SANITARIO

TAMARA LOPEZ MARTIN

MARIA SOLEDAD DIAZ RODENAS

ALICIA GOMEZ GOMEZ

NATALIA ROPERO PERALES

MARIA DEL ROSARIO LIZAN DIAZ

1 Introducción

El personal auxiliar administrativo cuando realiza su actividad en su lugar de trabajo, está expuesto a riesgos laborales que tenemos que tener en cuenta, tal como vamos a ver en el presente capítulo.

Una manera de clasificar los riesgos laborales que pueden producir lesiones al auxiliar administrativo, es en función del lugar donde se produce la lesión: a) Si la lesión se produce en su puesto de trabajo. Siendo las más comunes: lumbalgia, fatiga visual, electrocución, etc. b) Si la lesión no se produce en su puesto de trabajo También se considera riesgo laboral, los que sufra el trabajador en el trayecto de casa al trabajo y viceversa. Por ejemplo, caída por resbalarse, accidente de tráfico, etc.

Siendo la mayoría de estas lesiones de carácter leve y producidas en el lugar de trabajo.

Refiriéndonos como lesión al daño que se produce en un cuerpo, en este caso el del auxiliar administrativo, como resultado de su actividad laboral, algunas lesiones ocurren de forma accidental, otras como el resultado de malas prácticas o uso inadecuado del equipo y en algunos casos el senderismo o movimientos repetitivos. Las principales lesiones que sufren los auxiliares administrativos suelen estar relacionadas con golpes, caídas, sobreesfuerzos físicos, malas posturas, estrés y accidentes de tráfico. Para su prevención es necesario investigar al trabajador, el trabajo que realiza y el lugar de trabajo.

2 Objetivos

- Exponer los riesgos laborales más comunes a los que pueden estar sometidos los auxiliares administrativos que prestan servicios en los centros e instituciones sanitarias.
- Identificar los diferentes tipos de lesiones más habituales en el ámbito laboral del auxiliar administrativo en sanidad.

3 Metodología

Para la realización de nuestro trabajo de investigación hemos andado buscando información en diferentes artículos relacionados con las lesiones sufridas por los auxiliares administrativos. También hemos utilizado nuestro manual básico del auxiliar administrativo y el buscador Google académico en internet.

4 Resultados

El auxiliar administrativo que trabaje en un centro o institución sanitaria, está expuesto a una serie de riesgos en su puesto de trabajo, clasificados como riesgos laborales en oficinas y despachos, por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

El concepto de riesgo laboral, viene definido en artículo 4 de la Ley 31/1995, como la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado de su trabajo.

Los principales riesgos laborales a los que está expuesto este personal, en su puesto de trabajo, son: de seguridad, salud, ergonómicos, psicosociales, e higiénicos.

Las causas de lesiones más frecuentes son las debidas a: golpes contra objetos (mobiliario, cajas, etc.), caídas (uso prolongado de ordenadores, resbalarse en suelos mojados, tropezar con un cable, etc.), cortes, sobreesfuerzos físicos y accidentes de tráfico.

Las lesiones más usuales que se producen son: las musculoesqueléticas, fatiga visual, torceduras, esguinces, etc.

Los trastornos Músculo Esqueléticos (en adelante TME) son un problema de salud que aparece en trabajadores que realizan posturas forzadas y los movimientos repetitivos. Los más comunes afectan al cuello y espalda. En el informe de la Agencia de Salud y Seguridad del Trabajo de la Unión Europea, afirma que estos trastornos son alteraciones que sufren estructuras corporales como los músculos, articulaciones, tendones, ligamentos, nervios, huesos y el sistema circulatorio, causadas o agravadas fundamentalmente por el trabajo y los efectos del entorno en el que este se desarrolla.

Los TME más comunes son: tendinitis, lumbalgia, síndrome del túnel carpiano y síndrome cervical por tensión y epicondilitis.

Actualmente, debido a la evolución constante de las nuevas tecnologías, en las oficinas donde se desarrollan tareas administrativas, utilizan ordenadores durante un periodo prolongado, para ellos se creó una normativa específica para las pantallas de visualización.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, en este presente capítulo hemos hablado de los diferentes tipos de riesgos laborales a los que está sometido el auxiliar administrativo del ámbito sanitario, hemos hablado también de las causas y los tipos de lesiones más habituales del auxiliar administrativo sanitario y de las lesiones musculo-esqueléticas y tipos de estas que estos sufren a causa de su trabajo, en nuestra opinión un plan de buenas actuaciones y de buenas costumbres del auxiliar administrativo en su centro de trabajo sería conveniente, ya que así se evitarían lesiones y trastornos musculo-esqueléticos que repercuten en multitud de bajas laborales debido a estas causas.

6 Bibliografía

1. I Congreso Virtual SICEPA - USIPA 2021 “Sanidad, un trabajo en equipo” “La ergonomía en el puesto de auxiliar administrativo” publicado 17/06/2021. <https://congresosicepa.com/ergonomia-auxiliar-administrativo/>
2. Enciclopedia médica de medlineplus [Internet][citado el 27/07/2021]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/encyclopedia_P.htm
3. “5 Problemas de salud de los Auxiliares Administrativos en el desarrollo de su trabajo en el Hospital”. Revista médica Ocronos. Vol. III. Nº 8– Diciembre 2020, [Internet][citado el 27/07/2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-trabajo-hospital/>
4. “Auxiliar administrativo; Riesgos laborales y medidas preventivas en su puesto de trabajo”, artículo publicado el 25/02/2020 en la revista médica Ocronos, [Internet][citado el 27/07/2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/auxiliaradministrativo-riesgos-laborales-medidas-preventivas-puesto-de-trabajo/>
5. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN OFICINAS Y DESPACHOS, https://www.fauca.org/wp-content/uploads/2017/10/manual_prl-oficinas-ydespachos-MC-Mutual.pdf
6. “Las 5 lesiones musculoesqueléticas en los auxiliares administrativos”. Revista médica Ocronos. Vol. III. Nº 5 – Septiembre 2020 Internet][citado el 28/07/2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/lesiones-musculoesqueleticas-auxiliares-administrativos/>
7. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, [Internet][citado el 30/07/2021]. Disponible en: <https://www.insst.es/trabajo-con-ordenadores>
8. “Prevención de riesgos laborales en el sector administrativo”. Publicado el 21/06/2019 por UGT. [Internet][citado el 27/07/2021]. Disponible en: <https://prevencionugtandalucia.es/prevencion-de-riesgos-laborales-administrativo/>
9. Página web del grupo hospitalario Quiron. Disponible en: https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos.categorias/ELEM_ENTRY_LABELS/Ergonom%C3%ADa

Capítulo 143

LOS ALMACENES DE LOS HOSPITALES Y LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

TAMARA LOPEZ MARTIN

MARIA SOLEDAD DIAZ RODENAS

ALICIA GOMEZ GOMEZ

NATALIA ROPERO PERALES

MARIA DEL ROSARIO LIZAN DIAZ

1 Introducción

El almacén sanitario de un hospital es el lugar donde se guardan los materiales de toda clase que son necesarios para cubrir adecuadamente cada servicio es el encargado de aprovisionar a los distintos servicios de hospital y a los centros de salud de todos los recursos materiales que precisan, este almacén deberá estar compuesto por el Departamento de Compras y por el Almacén General.

Según el Real Decreto 521/1987 de 5 de abril de Hospitales el área de suministros queda adscrito a la División de Gestión y Servicios Generales, es decir, por norma general se asigna a la Dirección de Gestión y Servicios Generales, el Servicio de Compras y Suministros.

Estos materiales pueden ser alimentos, medicamentos, instrumental, etc, por lo que un almacén sanitario puede tener distintos tipos de almacenes en función de las características de las mercancías.

El Departamento de Suministros es clave para el buen funcionamiento de la gestión sanitaria, una buena gestión del mismo garantizará que todos los componentes que se necesitan para el correcto funcionamiento de las respectivas unidades hospitalarias o de atención primaria tengan siempre a disposición del paciente todos los recursos que necesitan en tiempo y lugar, lo que repercutirá en la imagen que de dichas unidades tengan los usuarios.

2 Objetivos

En este presente capítulo los objetivos son el explicar y exponer las funciones del auxiliar administrativo en el área del almacén hospitalario.

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

La principal tarea del auxiliar administrativo cuando llega la mercancía al almacén consiste en su recepción controlando que el material recibido es el mismo que figura en el albarán del proveedor que lo envía para lo que se comprobará el número de referencia, el número de unidades y embalaje (que deberá estar en perfectas condiciones) así mismo se comprobará la fecha de caducidad. Una vez realizada dicha tarea se cubrirá el parte diario de Registro de Entrada en el que se hará constar el nombre del proveedor, el material del que se trata, el número de unidades recibidas, caducidad, si precisa frío (entre 0 y 15° C aproximadamente) se meterá en nevera, si la temperatura a la que debe estar es de (-0ª C) se conservará en congelador y se avisará a suministros para proceder a su recepción, si todo es correcto se le da el visto bueno, si por el contrario se observa alguna

anomalía se anota en el apartado de Observaciones. Si todo es correcto el departamento de Suministros da el visto bueno y anota el código del producto y su destino que puede ser almacén si el producto puede ser almacenable o cualquier servicio del área si la mercancía no es almacenable. Si hubiera alguna incidencia o no se estuviera conforme se anota en el apartado de observaciones y se llamaría al proveedor para solucionar el problema o proceder a la devolución del material. Cuando la mercancía tiene el visto bueno se procede a etiquetarla con un código para posteriormente colocarla en el almacén, se deberá tener en cuenta la fecha de caducidad colocándose más a mano la mercancía con fecha de caducidad más próxima.

Si la mercancía recibida no es almacenable se repartirá al servicio que la solicitó, anotándolo en el libro de reparto (tipo de mercancía, número de bultos que se entregan, fecha etc). Si por el contrario la mercancía se puede almacenar se reparte en función de los partes de entrega que recibe de suministros en los que deberá constar el servicio peticionario, la descripción, código, cantidad y ubicación del material solicitado.

El proceso de inventario comienza una vez se realiza la compra o pedido de los productos, normalmente dicho almacén estará gestionado por un software, que es el encargado de realizar lo que se conoce como inventario permanente. Este inventario es el que controla en cada momento cuántas unidades hay de cada producto y su ubicación exacta dentro del almacén, gracias a esta gestión electrónica del almacén se logra realizar pedidos anticipándose a las necesidades, lo que permite a su vez economizar espacio y realizar estadísticas de cada producto, asimismo nos permite conocer en cada momento la caducidad de los mismos gracias a toda esta información tendremos un control óptimo de las unidades de cada producto que tengamos en el almacén.

Se entiende por inventario la relación detallada y valorada de las existencias de un almacén en un momento concreto, existen dos maneras de reflejar las existencias:

Inventario físico que nos da a conocer el número de existencias.

Inventario permanente que controla las existencias cada vez que entren o salgan del almacén.

Los métodos más utilizados para la valoración de un inventario son:

Método FIFO (primera entrada, primera salida) asigna a la unidad que sale del almacén el valor de la primera unidad que entró, es decir, la existencia que sale

es la más antigua.

Método LIFO (última entrada, primera salida) asigna a la unidad que sale el valor de la última que entra, es decir, la unidad que sale es la más nueva. Método por el método simple o ponderado, valora las unidades que entran o salen a un precio medio.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el control por parte del auxiliar administrativo del almacén hospitalario y que hemos expuesto en el anterior apartado de resultados del presente capítulo, nos permite ver que es una labor superimportante para el control de la mercancía que llega a esta área y a otras áreas hospitalarias (urgencias, farmacia etc), para así controlar que tipo de mercancía llega al almacén hospitalario y de que manera se distribuye en las diferentes áreas hospitalarias para que no haya desabastecimiento de estas, por esto es tan importante nuestra labor porque sin un debido de control de existencias y de control de mercancías el sistema hospitalario podría sufrir falta de suministros y por ende falta de medicación, instrumentos etc que supondría un problema muy grande y grave en cuanto al servicio de atención a los pacientes y en cuanto a medicación para administrar a estos, con lo cual esto sería un caos y gracias al control que realizamos los auxiliares administrativos todo esto se evita consiguiendo un control de mercancías y existencias óptimo para conseguir la excelencia en cuanto a logística se refiere.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.hospitecnia.com.
3. www.foroverfarma.com.

Capítulo 144

PERSONAL DE CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LA IMPORTANCIA DEL CALZADO

JAIME LOPEZ LOZANO

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

DAVID ABAD GONZÁLEZ

JUAN CANO PATERNA

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

1 Introducción

La parte de vestimenta de las personas encargada de proporcionar protección y confort a los pies y en determinados casos aparte de la pierna es el calzado.

Es muy importante la elección de un buen calzado debido a que si no se eligen de manera adecuada pueden suponer una serie de lesiones para quien los lleva:

- Tendinitis plantar: consiste en una inflamación del tejido de la planta del pie (fascia) que genera mucho dolor y crea dificultad a la hora de andar.
- Hongos: el pie de atleta es el más habitual. Se contagia por una mala transpiración del zapato que hace que el pie sude y al estar expuesto a esa humedad hace que aparezcan los hongos, por ello es conveniente elegir un calzado que

permita la transpiración del pie o el uso de calcetines para que sean ellos quienes absorban la humedad. Esta infección provoca un picor muy fuerte que comienza en los dedos causando en ocasiones fisuras en la piel.

- Descargas eléctricas: debido a no usar el calzado de seguridad adecuado cuando hay riesgo de contacto directo con la fuente eléctrica o con electricidad estática. (personal de mantenimiento).
- Fracturas o esguinces: se producen cuando la suela no es antideslizante o adecuada y el zapato no sujeta bien el pie al acceder a una zona donde el suelo está irregular, es resbaladizo o con una nefasta iluminación pudiendo provocar la caída del trabajador y la consiguiente lesión.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer las principales características que debe tener el calzado del personal sanitario y no sanitario así como las consecuencias de una mala elección.

Objetivos secundarios:

- Determinar las diferentes lesiones que pueden derivar de uno utilizar el calzado correcto.
- Describir la legislación vigente que regula este asunto.

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 calzado. Revisión bibliográfica de bases de datos, consulta de guías y protocolos hospitalarios.

4 Resultados

El calzado cuando sea llevado por un trabajador para protegerlo de uno o varios riesgos que impliquen un peligro para su seguridad o salud durante el desempeño de su actividad laboral recibirá el nombre de equipo de protección individual (EPI). Deberá satisfacer los requisitos sanitarios y de seguridad establecidos en los

Reales Decretos N° 1407/1992 de 20 de noviembre y N° 159/1995 de 3 de febrero.

Deben contar con el correspondiente marcado CE para saber que el fabricante cumple con dichos requisitos e ir acompañados por el debido folleto informativo.

- Calzado personal sanitario:

Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores suelen llevar un tipo de zueco que no sostiene bien el pie y que intentan sujetar efectuando movimientos que pueden dar paso a la aparición de dedos en garra, mazo o martillo. Lo más aconsejable para ellos es el uso de un calzado cerrado que sujete bien el pie; que tenga una suela antideslizante para prevenir las caídas; que tenga la puntera redondeada; un tacón de un par de centímetros que sea del mismo ancho que la talonera, ya que no es aconsejable un zapato totalmente plano; deben ser anchos para que los dedos no vayan apretados; también hay que considerar el material con el que estén fabricados, de forma que favorezca la transpiración, sean impermeables y preferiblemente de materiales con propiedades antibacterianas y antifúngicas. Debe ser un calzado estable, flexible, ligero y fácil de calzar.

El personal de cocina y limpieza también deberían usar este tipo de calzado.

- Calzado personal no sanitario:

Dentro de este apartado hay que destacar al personal que trabaja en los almacenes y al personal de mantenimiento que poseen un mayor riesgo de impacto debido al movimiento de pallets, a la manipulación de cargas. Por ello deben utilizar un calzado que les proteja en general frente a los impactos y en particular, la zona de los dedos que es la zona más expuesta y delicada mediante el calzado de seguridad o calzado de protección. La única diferencia entre ambos calzados es la energía de impacto que soporta cada uno, debiendo valorar las actividades desarrolladas para determinar el tipo de calzado más adecuado.

Por otra parte, y dentro del personal de mantenimiento, hay que tener presentes a los electricistas quienes se encuentran expuestos al riesgo eléctrico cuando realizan comprobaciones y reparaciones en las instalaciones eléctricas. Hay que proporcionarles un calzado especialmente diseñado pudiendo ser un calzado eléctricamente aislante empleado frente al choque eléctrico o; calzado conductor o calzado antiestático utilizado frente al riesgo de descarga electrostática.

Por último, nos encontramos con el personal administrativo, informáticos; que por las tareas desempeñadas no es necesario que utilicen EPI, pero sí que empleen un calzado que les resulte cómodo. Si para trabajar quieren utilizar algún tipo de calzado sería recomendable el mismo que emplea el personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Tanto el calzado del personal sanitario como el del personal no sanitario se emplean para proteger a los trabajadores de diversos riesgos como son evitar caídas con las suelas antideslizantes, ser cerrados para sujetar el pie y tener la punta reforzada para evitar aplastamientos al manipular cargas. Por ello deben ser considerados como equipos de protección individual y proporcionados de manera gratuita por la empresa, cosa que no se da en todos los servicios de salud. Este calzado va a ser llevado por el trabajador durante toda la jornada, por tanto, aparte de proteger al trabajador debe proporcionarle el confort suficiente.

6 Bibliografía

1. Calzado [Internet]. Es.wikipedia.org. 2020 [cited 22 December 2020]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Calzado#Bibliograf%C3%ADa>.
2. [Internet]. Preveras.org. 2020 [cited 22 December 2020]. Available from: http://www.preveras.org/docs/documentos/zueco_y_zapato_sanitario_la_funcionalidad_de_un_calzado.pdf.
3. [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 22 December 2020]. Available from: <https://www.insst.es/documents/94886/96076/calazado+uso+profesional/73a46d03-f4fe-40a3-8869-080d1760cdd6>.
4. [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 22 December 2020]. Available from: <https://www.insst.es/documents/94886/538970/Calzado+de+proteccion+frente+al+riesgo+electrico.pdf/2930368e-7b0c-416b-b2a8-57f7776e498d>.
5. [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 22 December 2020]. Available from: <https://www.insst.es/documents/94886/710902/Condiciones+de+trabajo+en+centros+sanitarios+-+A%C3%B1o+2001.pdf/f81d872f-1bb1-44ab-ac1d-40efc1a92cfe>.
6. Ageitos N. Así puede afectar a tu salud un calzado inapropiado [Internet]. Vivirmasymejor.elmundo.es. 2020 [cited 22 December 2020]. Available from: <https://vivirmasymejor.elmundo.es/muevete/asi-puede-afectar-a-tusaludun-calzado-inapropiado>.

Capítulo 145

PERSONAL DE CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO EN LOS SISTEMAS DE CLIMATIZACIÓN Y AGUAS CALIENTES

JAIME LOPEZ LOZANO

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

DAVID ABAD GONZÁLEZ

JUAN CANO PATERNA

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

1 Introducción

Según el Instituto Nacional de la Salud (1990), el sistema sanitario español tiene como objetivo fundamental “velar por la salud de los ciudadanos y usuarios, así como intervenir cuando la misma se pierde”. Es por ello, que debe basarse en un sistema de producción que cuente con tres pilares: el personal, las herramientas técnicas y la tecnología.

Estos tres pilares se retroalimentan, de modo que la carencia de cualquiera de ellos imposibilitaría el correcto mantenimiento de los servicios sanitarios. Así, debe garantizarse que el diseño de las instalaciones y el diseño de los equipos sea adecuado, que se ejecute correctamente las obras y los montajes de equipos, así como garantizar un continuado servicio de mantenimiento eficaz y eficiente.

Todo lo anterior revierte en la satisfacción del paciente con el sistema sanitario. El usuario de un hospital busca calidad asistencial, que viene definida por el cumplimiento de todos los objetivos del servicio de salud. Aquí influirá, directamente, el correcto mantenimiento de las instalaciones sanitarias y el adecuado funcionamiento de todos sus servicios y equipos biomédicos. Además, el mantenimiento continuado, eficaz y eficiente también influye sobre la gestión hospitalaria, especialmente en el gasto económico que se produce a corto y largo plazo.

En este sentido, deben tenerse en cuenta gastos como: de actualización, de energía, gastos generales, gastos de parada, etc. Estos gastos pueden llegar hasta un 4 o 5% del total que deriva el Ministerio de Salud. Realizar un buen mantenimiento preventivo evitará que este coste se dispare.

2 Objetivos

Analizar los beneficios de las labores de mantenimiento a nivel hospitalario y cómo estos influyen en la calidad asistencial y en la satisfacción laboral del personal 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 DECS (descriptores de la salud) 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, climatización, aguas calientes, hospital, beneficios. La búsqueda se ha restringido a los últimos diez años.

4 Resultados

Cuando hablamos de mantenimiento hospitalario nos referimos a “las acciones dirigidas a asegurar la correcta operación, incrementar la confiabilidad de los sistemas básicos de ingeniería, instalaciones y equipos del hospital, a través de la realización de actividades de organización, dirección, planificación, ejecución y control”. Si bien el servicio de mantenimiento no genera beneficios como tal, si

es un indicador de la calidad asistencial y, como se ha mencionado, previene un incremento en los costes a largo plazo.

El mantenimiento de los servicios hospitalarios da lugar a:

- Diagnósticos más rápidos sobre los fallos y las averías.
- Menores daños secundarios.
- Las revisiones se realizan en intervalos temporales más largos.
- Menos interrupciones en el trabajo.
- Se eliminan revisiones innecesarias.
- Se reducen los problemas de desgaste.
- Se eliminan componentes poco fiables.
- Se produce un mayor énfasis en aquellos requisitos de mantenimiento de elementos y de componentes y puntos críticos.

Además, permite proteger al entorno, tanto del paciente como institucional, proporcionando una mayor seguridad. En general, se encuentra que el mantenimiento en el sistema sanitario es una gran ventaja, ya que se basa en el cumplimiento de criterios muy simples, precisos y específicos, fáciles de comprender y cuyas tareas se realizan de una forma sistemática. Además, las tareas se ejecutan en orden de prioridad descendente.

Todo esto tiene beneficios sobre el propio personal de mantenimiento, ya que reduce la rotación del personal y garantiza que no se pierda la experiencia y las competencias adquiridas. También provee de un conocimiento general más profundo sobre la planta y los lugares de trabajo. Asimismo, se ha demostrado que la vida útil de los equipos se incrementa e incluso el trabajo en equipo se ve beneficiado.

El mantenimiento basado en la confiabilidad y en la prevención influye, muy especialmente, en las áreas de climatización y de aguas calientes, que son básicas para garantizar el adecuado desempeño de los servicios sanitarios. Cuando hablamos de climatización nos referimos a “crear unas condiciones de temperatura, humedad y limpieza del aire adecuadas para la comodidad, dentro de los espacios cerrados”. El personal de mantenimiento debe, por lo tanto, tener conocimientos sobre los distintos tipos de climatización y calefacción, sobre los sistemas de distribución de agua, aire y vapor y sobre otros elementos terminales. Se ha demostrado que planes de mantenimiento preventivo continuado influyen de forma muy positiva en dar continuidad a estos sistemas de climatización, garantizando la asistencia en salud. Además, como aspectos clave, se han detectado: la motivación del trabajador, bajas rotaciones, la experiencia y las habilidades adquiridas, etc., que, llevando a cabo programas de mantenimiento preventivo, se garantizan en su generalidad.

5 Discusión-Conclusión

Los sistemas sanitarios requieren de un mantenimiento continuado y confiable en distintos campos y áreas hospitalarias. El área de la ventilación y la climatización son fundamentales para el adecuado desarrollo de las funciones sanitarias. Es por ello que, llevar a cabo planes de mantenimiento preventivo en estas instalaciones, es fundamental.

Los planes de mantenimiento preventivo aplicados a los servicios sanitarios han dado resultados muy positivos no solo de cara a la reducción de costes, sino también se ha visto que influyen de forma positiva en la calidad asistencial al paciente, así como en la satisfacción laboral del personal de mantenimiento con su puesto de trabajo.

6 Bibliografía

1. Triviño Merizalde, H. V., & Valderrama Palma, D. G. (2019). Desarrollo de plan de mantenimiento del sistema de climatización en el área quirúrgica del Hospital General de Quevedo (Bachelor's thesis, Quevedo-UTEQ).
2. Ramírez García, J. I., & Solorza Guzmán, G. E. (2018). Propuesta de plan de mantenimiento preventivo en equipos de climatización, refrescamiento y aguas calientes sanitarias presentes en el hospital San Agustín de florida, región del biobío, chile.
3. Conde, X. N. (2016). La calidad del aire en entornos sanitarios: Diseño, ejecución, legalización y mantenimiento en hospitales y centros de salud. Introducción a los sistemas de climatización. Especificaciones de diseño. Proyecto de sistemas de climatización. Instalaciones especiales. Ejecución y legalización. Mantenimiento y uso (Vol. 3). Xavier Novoa Conde.
4. Ramírez Aguilar, C., Acosta Pintor, D. C., Lara Izaguirre, B. I., & Santos Ortega, U. (2019). Evaluación energética del sistema de climatización en un hospital público de Ciudad Valles, SLP. Tectzapic, (2).
5. Chaparro, M. G., Barroso, G. S., Ayuso, M. J. C., & Sanz-Calcedo, J. G. (2019). Análisis de la Eficiencia de Mantenimiento en un Hospital en Madrid (España)= Analysis of Maintenance Efficiency at a Hospital in Madrid (Spain). Anales de Edificación, 5(3), 35-39.
6. Arrizurieta, J. M., & Domínguez, R. R. (1999). La cogeneración aplicada a la climatización de hospitales. Particularidades en el marco económico cubano//The cogeneration applied to the hospital air conditioning. Particularities in the Cuban economic situation. Ingeniería Mecánica, 2(1), 83-90

Capítulo 146

PERSONAL DE CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO Y EL RIESGO DE INCENDIO EN UN HOSPITAL

JAIME LOPEZ LOZANO

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

DAVID ABAD GONZÁLEZ

JUAN CANO PATERNA

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

1 Introducción

Los hospitales, al igual que otras construcciones, presentan los problemas inherentes de todo edificio con mucha afluencia de gente, y a los que hay que sumar varias singularidades:

- Tipo de ocupación: en él se encuentran pacientes de todo tipo, válidos, no válidos, que se pueden evacuar o no; familiares, personal sanitario y no sanitario, cuya evacuación va unida a la de los pacientes. Y zonas, como quirófanos, UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), UVI (Unidad de Vigilancia Intensiva), donde se debe garantizar sus actividades a pesar del riesgo de incendio.
- Múltiples situaciones de riesgo: se pueden considerar dos situaciones: la existencia de zonas de alto riesgo de incendio, pero moderado para las personas (cocina,

lavandería, laboratorios, almacenes) y zonas de riesgo moderado/bajo para incendio, pero con un elevado riesgo para las personas (plantas de hospitalización, quirófanos, UVI):

- Funcionamiento continuo e ininterrumpido: aunque existen departamentos en los que la ocupación es casi cero y puede no tener vigilancia durante tiempo (calderas, archivos, almacenes).
- Obras de reforma constantes: lo que dificulta a la hora de tener los planos del edificio actualizados.

La causalidad de un incendio en un hospital es muy numerosa, entre ellas están:

- Instalaciones y aparatos eléctricos defectuosos.
- Líquidos y gases inflamables mal almacenados y residuos no eliminados, que pueden provocar un incendio cuando se le aproxima alguna fuente de calor.
- Equipos y productos de cocina.
- Trabajos de reforma y mantenimiento, como soldaduras.
- Fuegos premeditados.

Según estadísticas, la mitad de los incendios (47 %) se producen de noche.

El producto más peligroso de la combustión son los humos, dado que limitan en gran medida la visión, la respiración y, consecuentemente, la extinción del incendio y la evacuación del personal. Están sobre todo, gases tóxicos, que en algunos casos son corrosivos y muy peligrosos para las personas.

Los humos y gases son los responsables de la mayoría de las muertes por incendios, ya sea directamente, por su inhalación, o debido al pánico y gran desorientación que originan.

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo que pueden producir un incendio en el hospital.
- Dar a conocer las medidas de prevención de incendios.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura y publicaciones relacionadas con el riesgo de incendio, utilizando palabras clave como: riesgo, incendio, hospital, medidas de protección, medidas preventivas.

Se ha realizado la búsqueda en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, Pubmed, Google académico.

Se emplearon como criterios de inclusión: textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

En todo hospital debe existir un plan general de prevención de incendios con el fin de garantizar la imposibilidad de que coexistan en tiempo y espacio los distintos tipos de material combustible existente con focos de ignición de distintos tipos (eléctricos, térmicos, mecánicos, químicos).

El almacenamiento de líquidos inflamables se realizará en un departamento independiente y de uso exclusivo, los residuos se colocarán en recipientes de chapa metálica con cierre hermético y automático.

Las intervenciones con inflamables se llevarán en sitios muy ventilados, manteniendo el orden y la limpieza exhaustiva en los lugares de riesgo.

Las botellas y botellones de gases comprimidos, licuados y disueltos a presión deben estar siempre correctamente identificados siguiendo los criterios de la instrucción número 7 del Reglamento de Aparatos a Presión (ITC-MIE-AP-7) y su manejo debe ser siempre por personas formadas, así como las instrucciones deben estar en el lugar del uso. Las botellas llenas y vacías no pueden estar en el mismo lugar.

Entre las medidas de prevención encontramos:

- A nivel de foco térmico: la prohibición de fumar en todo el hospital, uso de superficies calientes en lugar de llama viva, presencia de un técnico formado en la realización de intervenciones peligrosas o reparaciones.
- A nivel de focos eléctricos: la instalación eléctrica se adecuará a la normativa existente para hospitales.
- A nivel de focos mecánicos: mantenimiento correcto de las piezas de las máquinas, evitar uso de herramientas que puedan ocasionar chispas y líquidos inflamables dentro de envases metálicos.
- A nivel de focos químicos: control y almacenamiento seguro de reactivos químicos que puedan dar lugar a una combustión y posteriormente a un incendio.

Estas medidas minimizarán el riesgo de incendios, pero no lo eliminarán, por lo que es preciso disponer de otras medidas de protección que actúen contra los incendios.

Es importante contar con sistemas fiables de detección y alarma de incendios, ya que es posible controlar y extinguir fácilmente cualquier fuego en su etapa inicial, pero si este no se detecta a tiempo y se extiende podría ser un peligro mortal para los pacientes y el personal, obligando a una evacuación general, además de la destrucción y la pérdida de material muy valioso.

Los sistemas de protección contra incendios constituyen un conjunto de equipamientos variados integrados en la estructura de los edificios.

La protección contra incendios se basa en 2 medidas:

- Medidas de protección pasiva.
- Medidas de protección activa.

1. Medidas de protección pasiva:

No precisan de la acción humana para que cumplan con eficacia.

Son medidas que tratan de reducir los efectos dañinos del incendio una vez que este se ha producido.

Básicamente están encaminadas a limitar la distribución de llamas y humo a lo largo del edificio y a permitir la evacuación ordenada y rápida del mismo.

Algunos ejemplos de estas medidas son:

- Compuertas en conductos de aire.
- Recubrimiento de las estructuras (para maximizar el tiempo antes del colapso por la deformación por temperatura).
- Puertas cortafuegos.
- Dimensiones y características de las vías de evacuación.
- Señalizaciones e iluminación de emergencia.
- Compartimentación de sectores de fuego.

2. Medidas de protección activa:

Necesitan de la actuación humana para que sean resolutivas.

Son medidas orientadas para asegurar la extinción de cualquier conato de incendio lo más rápidamente posible y evitar así su extensión en el edificio. Dentro de este apartado se han de considerar dos tipos de medidas:

2.1 Medidas de detección de incendios: suelen estar basadas en la detección de humos (iónicos u ópticos) o de aumento de temperatura.

2.2 Medidas de extinción de incendios, que pueden ser manuales o automáticos:

- Manuales: Extintores, Bocas de Incendio Equipadas (BIE), Hidrantes, Columna seca.
- Automáticos: Dotados de sistemas de diversos productos para extinción: Agua (Sprinklers, cortinas de agua, espumas, agua pulverizada). Gases (dióxido de carbono). Polvo (Normal o polivalente).

Aunque el hospital se ha diseñado con criterios constructivos óptimos al riesgo de incendios, hay un seguimiento efectivo de los distintos combustibles almacenados y de los focos de ignición existentes, no se puede descartar la posibilidad de que se produzca un incendio. Para ello, existen unos medios, con unas instalaciones específicas para la detección, alarma, protección y lucha contra incendios. La detección puede ser de dos formas: detección humana o instalaciones automáticas de detección, lo que va a generar una alarma y así activar el plan de

emergencia.

5 Discusión-Conclusión

Los hospitales son lugares especialmente sensibles al riesgo de incendio, ya que atañe a personas con movilidad reducida, personas de avanzada edad, personas no válidas, cada una con su idiosincrasia, a las cuales hay que evacuar. Por otro lado, existen muchos departamentos: quirófanos, UVI, plantas de atención y cuidados, laboratorios, cocinas, almacenes, que hace que aumente el peligro. El riesgo de incendio es un problema muy importante a nivel hospitalario, por lo que es fundamental conocer tanto las medidas preventivas como las protectoras. Así, a nivel del técnico de mantenimiento es importante el conocimiento de todos los dispositivos de los que se dispone, así como de su correcto funcionamiento para evitar un incendio, además de una formación de la materia cada cierto tiempo, y también la realización de simulacros.

6 Bibliografía

1. Capítulo 11: Sistemas de agua contra incendios.<https://www.msrebs.gob.es/>pdf>.
2. Condiciones de trabajo en Centros Sanitarios, INSHT.
3. Prevención de los incendios en hospitales - cidbimena. <http://cidbimena.desastres.hn>ops>>.
4. Incendio y explosión- Instituto Sindical de Trabajo. <http://istas.net>.

Capítulo 147

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL

ABEL JESUS CALIXTO RELUCIO

ALEJANDRA FERNÁNDEZ NAVARRO

AMPARO SÁNCHEZ MORA

MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS

MARIA JOSÉ ARENAS DE LAMO

1 Introducción

La unidad de oncología es una de las áreas más importantes de cualquier hospital debido a la alta incidencia de cáncer y su impacto en la salud de la población. Algunas de las razones por las que la unidad de oncología es importante en el hospital es que la unidad de oncología está diseñada para brindar atención especializada a pacientes con cáncer, lo que incluye diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Los profesionales médicos de la unidad de oncología están altamente capacitados y tienen experiencia en el manejo de enfermedades oncológicas, lo que ayuda a garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada.

Los tratamientos para el cáncer a menudo son personalizados para cada paciente, lo que significa que se deben tomar en cuenta las características individuales de

cada caso. La unidad de oncología cuenta con el personal y los recursos necesarios para adaptar los tratamientos a las necesidades específicas de cada paciente (1).

Además, la unidad de oncología es responsable de coordinar el cuidado de los pacientes con cáncer, lo que significa que trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales médicos para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada. Esto puede incluir especialistas en radioterapia, oncólogos médicos, cirujanos y otros profesionales. También puede desempeñar un papel importante en la investigación clínica, lo que puede ayudar a mejorar la comprensión del cáncer y el desarrollo de tratamientos más efectivos. Esto puede ser especialmente importante para pacientes con cánceres raros o agresivos que pueden no tener muchas opciones de tratamiento.

En resumen, la unidad de oncología es fundamental en el hospital, ya que brinda atención especializada y personalizada a pacientes con cáncer, coordina el cuidado, puede llevar a cabo investigación clínica, proporciona apoyo emocional y tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Y por ello el celador es una de las personas más importantes de esta unidad.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:

- 1.Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el celador en la planta de oncología del hospital.
- 2.Establecer coordinación con los diferentes profesionales del centro hospitalario para mejorar los tratamientos de los pacientes.
- 3.Proporcionar atención a los pacientes siguiendo los protocolos de seguridad.

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 en la unidad de oncología desempeña un papel fundamental en el bienestar de los pacientes, así como en el funcionamiento general de la unidad. Algunas de las funciones del celador en la unidad de oncología pueden incluir el acompañamiento y traslado de pacientes. El celador se encarga de acompañar a los pacientes a las diferentes áreas de la unidad, incluyendo las salas de tratamiento, las salas de espera, las habitaciones y otros lugares dentro del hospital. También se encarga de transportar a los pacientes en camillas o sillas de ruedas cuando sea necesario (2).

Otra función es la asistencia en la alimentación, ya que el celador puede ayudar a los pacientes a alimentarse cuando sea necesario, por ejemplo, llevando la bandeja de comida y ayudando a los pacientes a comer si tienen dificultades para hacerlo por sí mismos.

Además, los pacientes con cáncer pueden experimentar altos niveles de estrés y ansiedad, por lo que el celador puede ofrecer apoyo emocional y tranquilizar a los pacientes cuando sea necesario. El celador también se encarga de mantener la unidad de oncología limpia y ordenada, asegurándose de que todas las áreas estén libres de desechos y materiales médicos innecesarios.

En el caso del manejo de suministros médicos este profesional también puede ayudar a los profesionales médicos en la unidad de oncología al proporcionar y entregar suministros médicos, como medicamentos y equipos de diagnóstico. El celador también puede ayudar a los pacientes a movilizarse, por ejemplo, ayudando a los pacientes a sentarse o a ponerse de pie, y caminar a su lado si es necesario (3).

En general, el celador en la unidad de oncología juega un papel crucial en el cuidado y bienestar de los pacientes con cáncer. Además de las funciones mencionadas, también pueden asumir otras tareas según las necesidades de la unidad y las instrucciones de los profesionales médicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones de los celadores en la unidad de oncología son fundamentales para el bienestar y comodidad de los pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento para el cáncer. Desde el acompañamiento y transporte de los pacientes hasta el apoyo emocional, la limpieza y el suministro de materiales médicos, los celadores desempeñan un papel crucial en el cuidado y confort de los pacientes con cáncer.

Además, los celadores también pueden trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales médicos en la unidad de oncología para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada y personalizada que necesitan.

En definitiva, la importancia de los celadores en la unidad de oncología radica en su capacidad para brindar apoyo tanto físico como emocional a los pacientes con cáncer y ayudar a garantizar que la unidad funcione de manera eficiente y segura para todos los involucrados.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-celador-planta-hospitalizacion/#::text=Es%20el%20encargado%20del%20traslado,y%20salida%20de%20los%20visitantes.>
2. <https://sanjuan.san.gva.es/wp-content/uploads/2018/06/Manual-cogida-celadores.pdf>
3. <https://congresosicepa.com/plantas-hospitalizacion/>

Capítulo 148

EL CELADOR CON LOS ENFERMOS ¿QUÉ POSICIONES SE USAN PARA LA EXPLORACIÓN?

OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ

LUIS ANTONIO MARTÍNEZ RUIZ

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

DAVID RODRÍGUEZ MOLINA

MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Dado que el celador es quien mueve al paciente, lo lleva a exámenes, lo lleva y lo coloca en la sala de operaciones, etc., estas posiciones y cómo se utilizan son extremadamente importantes.

Tenemos las siguientes posiciones para usar según la exploración:

- posición decúbito supino o dorsal también llamada boca arriba.
- posición decúbito lateral izquierdo y derecho y más girada hacia abajo se llama Sims o seguridad.
- posición decúbito prono o central.
- posición de fowler.
- posición Raquídea.
- posición ginecológica o litología dorsal.

- posición de kraske o llamada también jacknite.
- posición de trendelemburg.
- posición de antitrendelemburg invertida o Morestín.
- posición genupectoral.
- posición de Roser o Proetz.

El paciente estará en la habitación, sentado en la cama. Sabemos que este paciente no puede levantarse de la cama porque normalmente hay un cartel en la pared que dice "descanso absoluto", pero si no estamos seguros, lo consultaremos con los supervisores de control de enfermería. Los supervisores generalmente instruyen al celador sobre cómo colocar al paciente en la cama si hay alguna pregunta en caso de que tengamos alguna. Para asegurarse de que no haya preguntas cuando el celador traiga al paciente para la prueba, los técnicos deben indicar si está caminando, sentado o en brazos. Si hay alguna pregunta, podemos preguntar a los superiores.

2 Objetivos

Exponer las distintas posiciones en las que podemos colocar al enfermo tanto en la cama, como en la camilla y explicar para qué se emplea cada posición.

3 Metodología

Para la realización 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 se han consultado artículos en las principales bases de datos, además de la lectura de apuntes de oposición a celador.

4 Resultados

1. Posición supina o dorsal: Sus brazos y piernas están extendidos y cerca de su cuerpo mientras está acostado boca arriba. También llamada posición de descanso. Se utiliza para explorar el tórax y el abdomen, realizar cirugías en la cara o el cuello, o realizar procedimientos en la mama, la axila, la extremidad superior o la mano.
2. La posición de decúbito lateral: El paciente está acostado con su cuerpo sobre un lado. Se puede utilizar para cambiar la posición de una persona encamada,

846 realizar tareas de higiene, dar masajes, administrar enemas y realizar cirugías para acceder a las regiones hepáticas, renales o retroperitoneales del lado inferior.

3. Postura prona o ventral: Con los brazos y las piernas extendidos y la cabeza girada hacia un lado, el paciente está acostado boca abajo. Se utiliza en la zona dorsal de pacientes postoperados y durante la cirugía.

4. Fowler: Con las rodillas ligeramente flexionadas, el paciente se encuentra semisentado en la cama. Según la situación, el respaldo se puede elevar 45° (Fowler), 90° (Fowler completo) o 30° (semi-Fowler) por encima de la horizontal. Cuando el paciente tiene una hernia de hiato, problemas respiratorios o cardíacos, o cuando la cabeza se sostiene durante una neurocirugía, se usa para comer. Cuando un paciente tiene un traumatismo costal durante una cirugía de hombro, mama u otorrinolaringología.

5. Litotomía dorsal o posición ginecológica: Las piernas se flexionan y se separan mientras el paciente se acuesta boca arriba. Los pies se apoyan en la cama o en soportes especializados si el procedimiento se realiza en una mesa ginecológica. Se utiliza en la cama para lavado genital y cateterismo vesical; para exámenes ginecológicos, cirugía del parto, intervenciones ginecológicas, urológicas, rectales, entre otras.

6. Posiciones de los Sims: Aunque el antebrazo está extendido hacia atrás, la posición es similar a la del decúbito lateral. Se utiliza en casos de inconsciencia, cambios posturales, sims izquierdos para examen endoscópico de los canales anal y rectal, y administración de enemas.

7. la posición de Trendelenburg. El paciente se coloca en decúbito supino con la cabeza más baja que los pies y en un plano en un ángulo de 30 grados con respecto al piso. Linotipias, shock hipovolémico e hipotensión arterial severa son casos en los que se utiliza.

8. la posición anti-Trendelenburg o Morestin: A diferencia del anterior, la cabeza en este caso está más alta que los pies. Se utiliza para mejorar la irrigación de las extremidades inferiores en pacientes con dificultad respiratoria y enfermedad por reflujo gastroesofágico en los campos de la otorrinolaringología y la cirugía tiroidea en procedimientos que involucran la parte superior del abdomen.

9. La posición genupectoral: El paciente cruza los brazos, se inclina hacia delante sobre las rodillas y apoya la cabeza sobre ellas. Los pacientes frecuentemente encuentran esta posición extremadamente incómoda. Cuando es factible, se suele utilizar la posición de decúbito lateral izquierdo. Se aplica durante la extracción de fecaloma o exámenes rectales.

10. Posición: Kraske o jacknife: Aunque ligeramente modificado, el paciente está acostado boca arriba.

- El ángulo de elevación de la mesa a la altura de la cadera del paciente varía según procedimiento operativo.

La altura de la cadera y la ingle debe ser la de colocación de la almohada.

- Use almohadas para apoyar su cabeza, rodillas, pies y piernas.
- Para facilitar el descanso de los codos, colocaremos unos apoyos en los brazos. Tanto el músculo coccígeo como la cirugía rectal lo utilizan.

11. Roser o Proetz: Sin almohada, el paciente está acostado boca arriba con la cabeza sobresaliendo de la parte superior de la cama. Se emplea en la inserción de catéteres venosos centrales, exámenes faríngeos, lavado de cabello de pacientes postrados en cama e intubación endotraqueal.

12. La posición raquídea: Hay dos alineaciones espinales posibles:

- Decúbito lateral: El paciente está acostado de lado en la cama. La cabeza debe estar lo más cerca posible de las rodillas mientras se recuesta en el borde de la cama.
- Sentado en el borde de la cama: El paciente se coloca en el borde de la cama con la columna lo más flexionada posible y la cabeza lo más cerca posible de las rodillas.

Se aplica durante la anestesia epidural, la punción lumbar y la toma de muestras de líquido cefalorraquídeo.

5 Discusión-Conclusión

Conocer las distintas posiciones en las que debemos colocar al paciente en función de sus síntomas o de las indicaciones que nos dé el médico o la enfermera es fundamental para el desempeño de las funciones del puesto de celador. Cuando un paciente presenta ciertos síntomas, a veces es necesario posicionarlo de inmediato y sin dudarlo. Por ejemplo, si el paciente está vomitando, se debe colocar rápidamente en posición SIMS para evitar que se atragante, o si tiene problemas respiratorios, se debe colocar en posición fowler, etc.

Asimismo, es crucial entender los pasos precisos para movilizar al paciente hasta que esté en la posición requerida. Esto es particularmente importante en situaciones en las que el paciente ha sufrido una lesión o necesita ser colocado en la mesa de operaciones. También es fundamental tener en cuenta que el paciente no sentirá ninguna molestia, dolor, rigidez, etc. después de ser puesto a dormir, y como resultado, no puede decirnos si la posición de cualquier parte de su cuerpo lo lastima o le causa lesiones.

6 Bibliografía

-www.google.es

-Manual de celadores, Academia Tamargo SL.

Capítulo 149

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO

OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ

LUIS ANTONIO MARTÍNEZ RUIZ

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

DAVID RODRÍGUEZ MOLINA

MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Vamos a hablar sobre el celador en la unidad de laboratorio. El servicio de laboratorio se define como un servicio muy importante a la hora de la creación de un nuevo centro hospitalario, este servicio es un punto neurálgico, porque en pasa cualquier tipo de muestra para ser analizada. Como resultado, este servicio ha crecido y ganado una posición a la vanguardia de la medicina.

Los laboratorios se utilizan para investigar una variedad de metodologías, que incluyen inmunología, microbiología, hematología, etc.

El celador es un miembro del personal que entra en la categoría de los servicios de salud; sus funciones están descritas en un estatuto preconstitucional de 1971, y aún es necesario actualizar y modificar la ley para reflejar las circunstancias actuales.

Los celadores están obligados a llevar a cabo funciones específicas de acuerdo con los procedimientos establecidos de cada hospital o clínica. Por lo tanto, deben

estar capacitados y equipados para realizar cualquier tarea que se les requiera cuando sus superiores les den el visto bueno. El trabajo que realiza un celador es crucial para el funcionamiento eficiente de los servicios. Aunque el contenido de los servicios que brinda un celador puede variar mucho, todos son cruciales para el crecimiento saludable y el funcionamiento regular de los hospitales.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer las principales funciones que desarrolla un celador en el área de laboratorio.

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo se realizó un estudio que incluyó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica disponible. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se revisaron los artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El celador que trabaja en el área de laboratorio realiza una variedad de tareas diariamente, entre ellas:

- Entregar trámites a la secretaria de dirección, incluyendo facturas.
- Cuando sea necesario o cuando lo necesiten las enfermeras, baje a la farmacia del hospital. Las enfermeras recogerán allí la medicación que necesiten y se la traerán de la mano de la enfermera.
- Las muestras del quirófano y de los servicios de endoscopia deben recogerse tan pronto como comience el día.
- Recoger todo tipo de información posible, comenzando por la sala de urgencias y continuando con los demás pisos, excluyendo las áreas de parto y el departamento de psiquiatría.
- Son los encargados de recolectar las muestras que se tomaron a lo largo de la mañana en el servicio de quirófano, entregarlas al área de patología y luego recolectar todo el material del servicio de endoscopia.
- Enviar todos los archivos de las muestras al servicio de anatomía patológica.
- El traslado de pedidos del servicio de banco de sangre a la farmacia.

- Recoger los distintos informes de biopsias de las distintas secretarías de anatomía patológica, luego ordenarlos según las secretarías de servicios del hospital.
- Si un paciente se lleva a casa la medicación prescrita, acompañarlo a las consultas de hematología del hospital de día.
- Es su responsabilidad entregar el correo a los distintos laboratorios.
- Retirar las muestras de otorrinolaringología y neumología.
- Recoger muestras del servicio de endoscopia y entregarlas posteriormente al servicio de patología.
- Hacer copias de la orden de compra de suministros.
- Trasladar al servicio de mantenimiento las piezas que sean necesarias para que se reparen los desperfectos.
- Antes de enviarlo a esterilizar, deben reunir los materiales.
- Entregar el material a los distintos departamentos del laboratorio y trasladar los pedidos al almacén general del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Para la gestión de los distintos servicios hospitalarios, los celadores son un componente fundamental dentro de este servicio.

El celador debe realizar su trabajo con eficacia, y deberán contar con la formación adecuada y necesaria para llevar a cabo las distintas tareas que cada servicio les tenga encomendadas.

En términos de contenido, las funciones de los celadores pueden variar mucho según el servicio para el que estén trabajando.

Para el correcto desarrollo de cada una de sus funciones y tareas, que son cruciales para el correcto y eficaz funcionamiento de un hospital, el celador es un miembro fundamental del personal.

6 Bibliografía

www.scielo.org
- Pubmed

Capítulo 150

LOS CELADORES, SUS FUNCIONES Y EL SERVICIO DE RAYOS X

ISMAEL GIL VALENTÍN

CRISTINA CAMUÑAS DOMÍNGUEZ

ARTURO VALENTIN GARCIA

ÁNGEL TORREJÓN ALCALÁ

MATEO ARAQUE MOLINERO

1 Introducción

El 8 de noviembre del año 1895 nace el primer servicio de rayos x, este servicio surgió de manera espontanea con unos experimentos con unos tubos de vacío mas un generador eléctrico.

El 23 de enero de 1896, el doctor Roentgen ejecutó por primera vez una radiografía, esta radiografía fue mostrada a toda una sociedad médica y física de Wurzburg.

Este capítulo nos va a ayudar a entender desde otra perspectiva las funciones que los celadores de este servicio deben realizar de manera continuada.

Este es un servicio que pasa todo tipo de enfermos, alguno tienen unas patologías más graves de lo que es habitual y por esta razón los celadores que trabajen en este servicio tienen que tener mas paciencia, comprensión y empatía de lo habitual, pero sobre todo deben de ser ofrecer positivismo ante el paciente.

Cualquier centro hospitalario tiene que tener unos servicios esenciales, y este es un servicio que podemos decir que se considera esencial.

El servicio de radiología es un área eficaz y a la vez eficiente, ya que por este servicio deben de pasar todos los pacientes ya sean con patologías bastante graves o muy importantes como con patologías leves o de no tan importancia, ya que a través de sus rayos podemos verificar si lo que le sucede al paciente es algo grave en el interior de su cuerpo.

2 Objetivos

Nuestra principal idea al realizar este laborioso capítulo es la de mostrar y enseñar a los futuros trabajadores de la sanidad del cuerpo de los celadores como se ha de realizar el trabajo en el servicio de rayos x.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo hemos sacado la información de las páginas webs: Scielo, Boe, Auxiliar- enfermería.

Además hemos contrastado la información con el centro hospitalario: Hospital Recoletas de Cuenca.

Las palabras claves de este capítulo han sido las siguientes: Celador, funciones y rayos X.

4 Resultados

Serán funciones del celador las siguientes:

Trasladarán a los enfermos en sus camas o camillas desde el servicio de urgencias hasta la sala de rayos x que le pertenezca (esta función la realizarán los celadores encargados del servicio de rayos x de urgencias, en este caso las radiografías que se realizan en este servicio son expresamente para los pacientes que acuden por la puerta de urgencias)

Trasladarán en su cama o silla de ruedas al paciente desde su planta de hospitalización hasta el servicio de rayos (en este caso será el servicio convencional de rayos x los encargados de ejecutar las radiografías de los pacientes que se encuentran ingresados en el mismo centro hospitalario)

Ayudarán a los técnicos de rayos a movilizar al paciente de la forma en la que los técnicos les ordenen para lograr que la radiografía se vea lo mejor posible.

Ayudarán al enfermo a desplazarse por las distintas salas de rayos x en el caso de que le tengan que efectuar alguna otra prueba especial.

Mencionarán a los enfermos que se localizan en las salas de espera de las consultas y les acompañarán hasta la sala de espera de rayos x.

Los celadores junto con los técnicos de rayos x, realizarán las radiografías portátiles, es decir se trasladarán juntos hasta las habitaciones de los enfermos para realizarles las placas.

Serán los encargados de transportar la máquina de rayos x portátil hasta el servicio que les indique el técnico de rayos.

Una vez terminada la prueba los celadores deberán tener la obligación de colocar y acomodar al enfermo de la misma manera que lo recogieron y dejarlo en el mismo box o habitación.

Llamarán a los pacientes por orden de fecha y hora según lo tengan escrito en sus ordenadores.

Los celadores y los técnicos de rayos efectuarán las movilizaciones en bloque (caso de que llegue un herido de tráfico) este tipo de pacientes se debe movilizar en bloque para cambiarlo de su cama o camilla hasta la camilla de rayos x y una vez realizada la prueba, el paciente será nuevamente trasladado de la misma forma y con el mismo personal.

5 Discusión-Conclusión

Con este capítulo hemos logrado comprender que el servicio de rayos x es uno de los servicios más importantes que podemos encontrar en todos los centros hospitalarios, ya que gracias a este servicio se consiguen detectar muchas patologías diarias.

Para que este servicio funcione con total normalidad y se consiga un buen ambiente de trabajo es necesario tener una plena organización y una total sincronización respecto a todo el personal sanitario y no sanitario.

Con una buena organización consiguen hacer con rapidez el trabajo que tengan en ese turno.

Una de las cosas que mas importancia se da en este servicio, es la correcta identificación de los pacientes, para ello los técnicos junto con los celadores deberán comprobar siempre que el nombre, apellidos y número de historial coincide con el paciente que tienen en la cabina esperando.

6 Bibliografía

SciELO España - Scientific Electronic Library Online. (s/f). Isciii.es. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://scielo.isciii.es/>

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (s/f). Castillalamancha.es. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://sanidad.castillalamancha.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 151

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA FACTURACIÓN DE UN HOSPITAL

GEMA MARIA FERNANDEZ LAZARO

MARÍA ISABEL RUIZ IGUALADA

REBECA MARTINEZ CALVO

AMELIA GONZÁLEZ VIECO

ROSARIO SOLER BALLESTEROS

1 Introducción

El ámbito de la facturación de un hospital se refiere a la gestión financiera de los servicios médicos prestados a los pacientes. La facturación es un proceso crítico en un hospital, ya que afecta tanto la gestión financiera del hospital como la atención al paciente. Es importante que la facturación se lleve a cabo con precisión y eficiencia para garantizar que los pacientes reciban la atención médica necesaria y el hospital pueda seguir brindando servicios de alta calidad. En este ámbito, se realizan diversas actividades relacionadas con la facturación, el cobro y el seguimiento de los pagos (1).

Algunas de las actividades que se realizan en este departamento es el registro de la información del paciente. De esta manera se recopila la información del

paciente, incluyendo su nombre, número de identificación, historia clínica y detalles de los servicios prestados. También se realiza la verificación de la información del seguro médico donde se verifica la información del seguro médico del paciente, incluyendo su cobertura, autorizaciones y límites. También se generan las facturas correspondientes a los servicios médicos prestados, aplicando los precios y cargos adecuados junto con el seguimiento de las facturas enviadas a los pacientes y a los seguros médicos.

En este caso el auxiliar administrativo puede encargarse de manejar las disputas relacionadas con las facturas, trabajando con los pacientes y los seguros médicos para resolver cualquier problema o desacuerdo. También, puede gestionar el cobro de los pagos por parte de los pacientes y los seguros médicos, y se realiza el seguimiento de los pagos pendientes.

2 Objetivos

Exponer e indicar las funciones del auxiliar administrativo en relación con la facturación de un hospital y como se proceden las cosas.

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 auxiliar administrativo en el ámbito de la facturación de un hospital tiene diversas funciones que contribuyen al correcto funcionamiento del proceso de facturación. Algunas de estas funciones pueden incluir la recepción y registro de información, la verificación de la información, generación de facturas, el seguimiento de las facturas y su correspondiente manejo de disputas.

En este caso el auxiliar administrativo es responsable de recibir y registrar toda la información relacionada con los pacientes que necesitan ser facturados, incluyendo sus nombres, números de identificación, historias clínicas, procedimien-

tos médicos y tratamientos, entre otros. Una vez que se recibe la información, el auxiliar administrativo debe verificar que toda la información sea precisa y esté completa antes de proceder a la facturación. Esto incluye la verificación de la cobertura del seguro, la autorización del tratamiento y la confirmación de que se han aplicado los precios y cargos correctos (2).

Después de verificar la información, el auxiliar administrativo es responsable de generar las facturas para los pacientes. Esto incluye la identificación de los servicios prestados, la aplicación de los precios y cargos adecuados, y la preparación de la documentación necesaria. Una vez que se generan las facturas, el auxiliar administrativo es responsable de realizar un seguimiento de las facturas enviadas a los pacientes y a los seguros médicos, asegurándose de que se hayan pagado a tiempo y de que no haya errores.

Por último, si hay disputas con respecto a las facturas, el auxiliar administrativo es responsable de manejarlas y trabajar con los pacientes y los seguros médicos para resolver cualquier problema o desacuerdo. Además, el auxiliar administrativo de facturación es responsable de asegurarse de que las facturas cumplan con las normas y regulaciones aplicables. Esto es esencial para evitar posibles sanciones y multas por parte de las autoridades reguladoras.

El auxiliar también es responsable de trabajar con los pacientes y los seguros médicos para resolver cualquier problema o desacuerdo relacionado con las facturas. Esto ayuda a mantener una buena relación con los pacientes y a mejorar su satisfacción con los servicios prestados por el hospital.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el ámbito de la facturación de un hospital es fundamental para la gestión financiera efectiva del hospital y para garantizar que los pacientes reciban los servicios médicos necesarios. La facturación es esencial para la gestión financiera efectiva del hospital. El proceso de facturación asegura que se cobren los servicios médicos prestados, lo que ayuda a mantener el flujo de caja del hospital y a mantener los servicios de alta calidad para los pacientes.

En el departamento de facturación el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en el correcto funcionamiento del proceso de facturación de un hospital. Su precisión, eficiencia y eficacia son esenciales para mantener una gestión financiera efectiva, una buena relación con los pacientes y el cumplimiento de las normas y regulaciones aplicables.

6 Bibliografía

1. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliaradministrativo-sanitario#:text=La%20atenci%C3%B3n%20al%20p%C3%ABlico%2C%20la,un%20auxiliar%20administrativo%20en%20Sanidad>.
2. <https://resources.workable.com/es/auxiliar-de-facturacion-descripcionde-puesto#:text=Responsabilidades%20de%20un%20Auxiliar%20de,calcular%20las%20facturas%20por%20cobrar>.
3. <https://clinicaastorga.com/wp-content/uploads/2021/10/GHU-DR-013-PERFIL-DE-CARGO-AUXILIAR-DE-FACTURACION-V3.pdf>.

Capítulo 152

ACTUACIÓN E IMPORTANCIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UNA EMERGENCIA

GEMA MARIA FERNANDEZ LAZARO

MARÍA ISABEL RUIZ IGUALADA

REBECA MARTINEZ CALVO

AMELIA GONZÁLEZ VIECO

ROSARIO SOLER BALLESTEROS

1 Introducción

Las emergencias médicas son eventualidades más cotidianas de lo que pueda parecer a ojos de nuestros allegados. Y es que, aunque atendiendo a diversas variables como la gravedad de la urgencia/accidente o el índice total de heridos, se tratan de un verdadero reto profesional tanto para personal sanitario como para otro tipo de personal estrechamente ligado al sector.

En nuestro caso no es para menos, pues nuestra labor consiste precisamente en la gestión y el orden del sistema que se hará cargo de enmendar dichos daños.

El incesante ajeteo burocrático y el manejo de la comprensible angustia y alteración psico-afectiva en los allegados de pacientes heridos, formarían parte de nuestra competencia profesional, y encauzarla adecuadamente en medio del caos, no siempre resulta sencillo.

Teniendo presente el factor afectivo que opera en las emergencias médicas, debemos concienciarnos previamente de los tensos momentos que podríamos llegar a experimentar para, al menos, estar preparados psicológicamente. Pues, aunque la preparación y la audacia técnicas son la parte con más peso, y la que se abordará fundamentalmente a continuación (al competernos de manera más directa) no deseamos escatimar en la importancia que entraña comprender el manejo y equilibrio emocional de la situación para desarrollar correctamente nuestra tarea.

2 Objetivos

- Describir el papel del auxiliar administrativo en situaciones de urgencia.
- Fomentar el espíritu cooperativo en emergencias sanitarias para ofrecer una atención más eficaz y óptima en dicha área donde es tan importante la rapidez y el buen hacer.

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. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Para realizar un análisis adecuado de nuestra labor ante una emergencia médica, es necesario distinguir esta de una urgencia. Las emergencias dañan la integridad del individuo de manera inminente, haciendo que su vida corra serios riesgos.

Por otra parte, las urgencias no representan una gravedad tan elevada, y en un principio no parecen suponer peligro vital.

Estas últimas pueden acarrear también severos problemas de gestión para el auxiliar administrativo, pero, agradidamente, en términos de salud la situación es mucho más llevadera, a no ser que nos encontremos en un contexto epidemiológico tanto estacional como globalizado (pandémico). Las emergencias retratan de manera más explícita cuán descontrolada y caótica podría acabar siendo la situación si la manera de encauzarla es incorrecta.

En primer lugar, el auxiliar administrativo debe ser conocedor inmediato del tipo de emergencia que se atiende. Las más comunes suelen tratarse de traumatismos por accidentes de tráfico u otras causas, lipotimias o patologías que requieran asistencia urgente o cirugía (concretamente, los más habituales son infartos de miocardio). Aunque estas eventualidades suponen una situación de alerta para el sistema, la carga profesional y la organización no es la misma.

-LIPOTIMIAS. Suelen atenderse como una emergencia habiendo durado más de cinco minutos. Para poder asistir correctamente al paciente, es necesario conocer la posible causa del desmayo (bajada de azúcar en pacientes diabéticos o sin afecciones previas o crisis epiléptica en pacientes epilépticos). En este último caso, se ha de procurar mantener el área de recepción despejada, para evitar que la víctima colisione con el mobiliario o el resto de las personas.

-PATOLOGÍAS GRAVES. Habitualmente se tratan de patologías: cardíacas (infarto agudo al miocardio, disritmias, etc.), abdominales (colitis, peritonitis, gastritis aguda, etc.), respiratorias (asma bronquial a causa de EPOC, bronquitis o incluso anafilaxis que afecte al sistema respiratorio, etc.).

-TRAUMATISMOS. Pueden ocasionarse de manera individual a causa de caídas o accidentes laborales, los cuales no supondrían un colapso o alerta mayor para el sistema sanitario, pero, por otra parte, los accidentes de tráfico tienden siempre a involucrar a un número de víctimas mayor, correspondiéndoles una amplia plantilla de personal, de ser posible especializado. De la misma manera, coincidirán en el centro médico múltiples allegados de las víctimas, que deberán recibir una atención cordial, siendo informados correctamente, y asegurándonos de que quienes desean informarse guardan un vínculo estrictamente familiar con el afectado.

Para ello, deberemos basarnos en sus datos personales de identificación y el DNI de la víctima; asimismo, debemos ser capaces de explicar el suceso y las condiciones sanitarias del paciente a su allegado de manera objetiva, pero tratando siempre de tranquilizarlo y animarlo.

Es posible que las emergencias sanitarias más complejas ralenticen el orden habitual de las urgencias hasta casi desorganizarla por completo, con lo cual, debemos ser capaces de gestionar esta situación y reorganizar los turnos.

5 Discusión-Conclusión

Tal como hemos visto en el presente capítulo aparentemente podemos concluir que nuestra labor no evoca demasiado ajeteo ni adrenalina, sin embargo, nuestra implicación en las emergencias médicas es clave y se dota de una complejidad elevada.

Primeramente, se ha de mantener la calma ante la situación a gestionar, debiendo evitar muestras de inseguridad o aversión. Por otra parte, el verdadero reto a afrontar es la organización del área de trabajo, despejándolo y tratando de facilitar todo lo posible el trabajo de los sanitarios.

No debemos olvidarnos de que, además de las emergencias, el resto de los pacientes han de ser atendidos, pues, aunque no sea intención del sistema sanitario restar trascendencia a sus patologías, es posible que las demoras crezcan o se hagan más notorias.

Es nuestro deber asumir y comprender esta realidad, y la estabilidad tanto emocional como técnica forma parte de nuestras competencias. Por todas estas razones, consideramos que nuestro aporte es diverso y transversal, haciendo de la sanidad un servicio mucho más capaz y humano.

6 Bibliografía

1. Junta de Castilla y León. Aula de pacientes: Urgencias y emergencias; Portal de Salud SACYL: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/urgenciasemergencia>.
2. www.clinicainternacional.com.pe/blog/situacion-emergencia-aprende-hacer/
3. Qué hacer ante una lipotimia: primero auxilios y signos de alarma (webconsultas.com)
4. María Arántzazu Menchaca Anduaga, Ángel Huerta Arroyo, José Carlos Cerdeira Varela, Pedro Martínez Tenorio y Carlos Mendoza Aritmendi. Servicios de urgencias, emergencias y catástrofes extrahospitalarias- SUMMA 112 COMUNIDAD DE MADRID: <http://www.madrid.org/cs/Satellite>

Capítulo 153

AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA

GEMA MARIA FERNANDEZ LAZARO

MARÍA ISABEL RUIZ IGUALADA

REBECA MARTINEZ CALVO

AMELIA GONZÁLEZ VIECO

ROSARIO SOLER BALLESTEROS

1 Introducción

Vamos a hablar sobre el derecho a la información sanitaria de los pacientes y/o usuarios de los centros sanitarios y sociosanitarios por parte del equipo de auxiliar administrativa de los centros hospitalarios y como llevar este proceso. Nos enfocamos en los derechos de información de salud de todos los usuarios y del propio personal.

El derecho a la información, como su nombre lo indica, es un conjunto de derechos que los usuarios de los servicios de salud, como pacientes, debemos conocer sobre nuestras condiciones de salud. Esta información debe ser precisa, ayudar al paciente a tomar decisiones por su propia voluntad y proporcionarse de manera que haga que el paciente sea un individuo comprensible y relevante para nuestras necesidades. Tiene derecho a recibir... Hasta que la promulgación de la Ley

41/2002 de Autonomía del Paciente y Derechos a la Información y Documentos Clínicos el 14 de noviembre, este problema se resolvió mediante ayudas visuales. Gracias a la investigación. Esta teoría muestra la aplicación del sistema legal, especialmente el derecho civil.

Según esta ley, el destinatario de la información no puede ser recibido únicamente por el estado o persona legalizada, y si el paciente lo permite, entender cómo acompañarlo con el próximo familiar.

2 Objetivos

Profundizar y explicar en el conocimiento del derecho a la información por parte del paciente y las limitaciones de este derecho.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se realizó una revisión bibliográfica sobre los temas tratados en este capítulo. También se realizan búsquedas de libros y artículos en las principales bases de datos como Google, Scielo, Pubmed y Medline y se seleccionan artículos de publicaciones académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Este derecho a la información incluye respetar la confidencialidad de los datos de salud del paciente. Por lo tanto, el acceso no es posible sin el consentimiento previo, como exige la ley. También es obligación de las instituciones médicas tomar las medidas necesarias para garantizar la protección de datos. Nuestros derechos a la información deben ser protegidos no solo por nuestros profesionales médicos, sino también por otros profesionales médicos que trabajan con nosotros durante nuestro tratamiento, atención o procedimiento. Al igual que cuando los pacientes hablan abiertamente con sus familiares y por razones prácticas, los establecimientos de atención médica exigen derechos de los usuarios sobre la información de atención. Esto incluye el derecho a ser informado verbalmente y por escrito sobre toda la asistencia recibida, como por ejemplo:

- Visitas al médico de familia, análisis clínicos y clínicos, etc.
- Antes de cualquier intervención médica, conocer el diagnóstico de la enfermedad, la finalidad y naturaleza de la intervención propuesta, y sus riesgos y

consecuencias. Sus derechos a la información de salud pueden estar restringidos bajo las siguientes circunstancias:

- Para pacientes menores de edad, debe proporcionar información a su leal saber y entender. Por determinadas circunstancias hipotéticas.
- Pleno conocimiento de las "circunstancias en las que no puede hacer daño" del paciente por estos motivos, ya sea que representen algún tipo de trastorno mental o disfunción, tal como lo confirman las necesidades terapéuticas del usuario; su salud es cada vez más crítica para él. En este caso, el profesional médico dejará constancia por escrito del motivo en la historia clínica y comunicará la decisión a la asociación, familia o clínica del paciente. Los ciudadanos tienen derecho a recibir información epidemiológica, a conocer los problemas de salud que ocasiona en las comunidades civiles cuando represente una amenaza para la salud pública o individual, y a difundir dicha información de manera honesta, completa y cabal para proteger su salud.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta su contenido, la referencia a los "familiares" como personas con derecho a la información fue eliminada de la normativa vigente cuando entró en vigor el derecho común de salud, y el concepto es un término legal no especificado, por lo que resultó controvertido. Se reemplazó por la referencia a "familiares o personas relacionadas con el paciente por razones prácticas" para mejorar la precisión de la información del titular del derecho.

En este sentido, se establece que el titular indiscutible del derecho a la información asistencial es el propio paciente, sin perjuicio de la información que corresponda a los miembros de su familia o a las personas con las que mantenga una relación real. Tiene permiso explícito o implícito, por lo que siempre necesitará tu permiso.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
2. Reglamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016.

Capítulo 154

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA

ISMAEL GIL VALENTÍN

CRISTINA CAMUÑAS DOMÍNGUEZ

ARTURO VALENTIN GARCIA

ÁNGEL TORREJÓN ALCALÁ

MATEO ARAQUE MOLINERO

1 Introducción

Uno de los servicios más importantes e imprescindible que debe de tener un centro hospitalario es el servicio de hemodinámica, podemos decir que es un área o servicio semilimitada.

Hemodinámica es una de las partes de la biofísica que es la que se encarga de analizar el funcionamiento de la sangre en el interior del torrente sanguíneo como por ejemplo: las arterias, venas, vénulas... también se encarga de estudiar los diferentes capilares y además se encarga también del análisis y estudio del corazón, es decir estudia la forma en la que el corazón bombea la sangre, el funcionamiento de este...

Este servicio al considerarse semilimitado, contiene una puerta que se encuentra totalmente cerrada (lo que se llama crear el vacío) excepto para el personal autorizado, es decir está para el personal sanitario.

Este servicio tiene una sala intermedia, en esta sala se localizan los pacientes es en esta sala se realiza la espera de los pacientes hasta que son trasladados al quirófanillo, en esta sala del servicio podemos encontrar también el vestuario del personal sanitario y a su vez se localiza las bifurcaciones para las distintas salas de operaciones, como las salas de hemodinámica y las salas de arritmias.

En la sala de hemodinámica se realiza la colocación de los cateterismos.

Los cateterismos cardíacos son una técnica en el cual se introduce un tubo estrecho y muy flexible, este tubo se introduce por un vaso sanguíneo normalmente suele ser por las muñecas o por las ingles recorre todo el vaso sanguíneo y finalmente llega al corazón, pero gracias a las tecnologías que tenemos hoy en día, el tubo estrecho y flexible es capaz de ser colocado a través de las arterias, este procedimiento sirve para obtener una valoración o poder examinar determinadas afecciones cardíacas tales como: las obstrucciones que puedan tener las arterias o los latidos anormales que puedan producir los corazones de los pacientes.

Los médicos valorarán las dos opciones e introducirán el cateterismo por la opción que más le convenga al paciente

Siempre los médicos intentarán evitar cualquier complicación que le puedan causar al enfermo, ya que aunque parece fácil la operación, el enfermo se puede desaturar fácilmente.

Gracias al avance de la tecnología hoy por hoy y gracias al cateterismo cardíaco podemos conocer con más precisión las condiciones en las que se encuentran nuestro cuerpo por dentro, además de poder saber cómo se encuentran nuestros vasos sanguíneos y como está funcionando nuestro motor que es el corazón.

2 Objetivos

El principal objetivo que queremos conseguir con este capítulo, es mostrar las funciones que realizan los celadores de manera diaria en este servicio.

3 Metodología

Para la ejecución de este capítulo, hemos obtenido la información en las siguientes páginas webs: Scielo, Medline, Quirón salud.

Además de contrastar la información con el Hospital provincial de Toledo, Centro de especialidades de Illescas (Toledo).

Las palabras más utilizadas han sido: Celador, Funciones, Servicio.

4 Resultados

Vamos a explicar cuáles son las diferentes funciones que el celador debe de realizar en este servicio:

Tenemos que tener claro que los celadores se deben de vestir con el uniforme que indique el servicio, que será normalmente de color verde aceituna, este tipo de uniformes indica esterilización, ya que es un servicio que contiene una especie de quirófano.

Las funciones dependerán mucho del protocolo que sigan en el centro hospitalario, pero por norma general se suele casi las siguientes:

Transportarán a los enfermos que se encuentren hospitalizados hasta el servicio de hemodinámica, estos enfermos deben de bajar de la planta ya rasurados por la zona de las ingles y de las muñecas.

Los celadores tiene que bajar siempre con la historia clínica del paciente, ya que es en su historia donde se encuentran las patologías que sufre el paciente.

Trasladará y colocará a los pacientes en la sala intermedia, para que las enfermeras le echen un vistazo a la medicación de los enfermos y cuando las enfermeras le digan, el celador podrá continuar con el paciente hasta la sala de operaciones.

Participará de forma activa en la colocación adecuada de la camilla en la sala con el enfermo, siempre siguiendo las órdenes de las enfermeras.

Ayudará en los vendajes de compresión de los enfermos que lo necesiten.

Los celadores tienen que estar siempre localizados para las posibles complicaciones que puedan surgir o simplemente para las necesidades que les puedan surgir a las enfermeras.

Colocarán debidamente a los pacientes ambulatorios con la ayuda de la técnico en cuidados auxiliares de enfermería, los acomodarán en los sillones o en las camas, dependiendo del procedimiento y de si ingresan o no estos enfermos.

Trasladarán nuevamente a los pacientes con la operación ya efectuada a su debido sitio de hospitalización y dejarán el historial clínico actualizado del enfermo en el mostrador de la planta de hospitalización.

Se harán responsables de bajar el material que se haya utilizado al servicio de esterilización, y de subir el material ya esterilizado a su servicio.

5 Discusión-Conclusión

Hemos sacado en conclusión que el servicio de hemodinámica, es un servicio de complejidad media para los diferentes organismos sanitarios, ya que aquí se

efectúan operaciones que van destinadas a mejorar la calidad del riego sanguíneo de las personas que lo necesitan.

El celador de este servicio tiene que estar dispuesto a ayudar de manera activa con el equipo de sanitarios que forma este servicio tan especial, ya que si hay buen ambiente laboral entre todos los sanitarios, eso dará confianza a los pacientes y estos sentirán que se encuentran en buenas manos.

Además si los celadores saben organizar el trabajo junto al equipo de enfermeras y médicos todo el servicio creará rapidez en las pruebas y se llevará un ritmo constante en el trabajo y gracias a ese ritmo los pacientes y a acompañantes se les hará la espera mas leve y corta.

6 Bibliografía

Pardell, X. (s/f). Hemodinámica - Apuntes de Electromedicina Xavier Pardell. Pardell.es. Recuperado el 5 de mayo de 2023, de <https://www.pardell.es/hemodinamica.html>

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (s/f). Castillalamancha.es. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://sanidad.castillalamancha.es/>

SciELO España - Scientific Electronic Library Online. (s/f). Isciii.es. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://scielo.isciii.es/>

Capítulo 155

FUNCIONES DEL PERSONAL CELADOR EN LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

DAVID RODRÍGUEZ MOLINA

MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ

OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ

LUIS ANTONIO MARTÍNEZ RUIZ

1 Introducción

Una emergencia es una situación considerada como crítica que conlleva e implica un riesgo para la vida del paciente o pacientes o usuario, y que esta requiere de una asistencia y atención inminente, y cuya asistencia y atención no se debe de llegar a retrasar más de las 24 o las 48 horas.

El servicio o unidad de emergencias y de las urgencias funciona sin ningún parón, todos los días del año, así como las 24 horas del día.

Los asistidos, paciente o usuarios pueden acudir al servicio o unidad de emergencias y urgencias de diferentes y diversas formas:

- Originario de su centro de salud derivado a través de su facultativo de familia de la atención primaria.
- Por propia necesidad y decisión del paciente o usuario o de sus familiares.

Los recursos humanos asignados a la Sección de Emergencias y urgencias están constituidos por:

- Experto facultativo: facultativos de plantilla y facultativos Internos residentes.
 - Experto sanitario no facultativo: personal enfermero y de los Técnicos de cuidados básicos de enfermería.
 - Profesional no sanitario: como son los auxiliares administrativos, el profesional de celadores, personal de seguridad y personal de los servicios de limpieza.
- La asistencia y atención en las emergencias y en las urgencias es dando siempre la conveniente preferencia a los pacientes o usuarios más graves. En relación con ello se definen unas zonas y áreas funcionales, o como se le conoce los llamados circuitos de enfermos/ paciente o usuarios, diferenciados y protocolizado según el riesgo, los medios establecidos en diagnósticos y terapéuticos que estos requieren y por supuesto el tiempo previsible de la estancia y duración en los servicios de emergencias y urgencias:
- Dispondrá de una zona destinada a la admisión y la recepción. Así como de un Área de triaje o de clasificación.
 - Zona o sitio de consultas o policlínica. Área o zona de observación o comúnmente llamada de sillones. Área y zona de observación de los pacientes en camas. Área o zona de apoyo o servicio o unidades comunes.

2 Objetivos

Exponer por parte del celador las competencias y la labor que desarrolla en el servicio o unidad de emergencias y urgencias en los centros hospitalarios.

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 además, 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 específicas en el servicio o unidad de emergencias y urgencias hospitalarias para los celadores:

- Saldrán y estarán a cargo de recibir a los enfermos, paciente o usuarios, ya vengan en los vehículos como la ambulancia o en sus propios coches particulares.
- Dirigirá y orientará al enfermo o familiares o usuarios al servicio o unidad destinada a admisión, siempre y cuando la situación lo acceda, o derechamente lo transportará a la zona o área de triaje, mientras que un familiar o acompañante da y proporciona los datos requeridos administrativos.
- Acarrearán a los enfermos, paciente o usuarios en la silla de ruedas si este no pudiera hacerlo por sí mismo, cama, camilla o por su propio pie.
- La puerta de emergencias y urgencias, deberán estar en todo momento dotada de sillas de ruedas y camillas.
- Solo dejarán pasar a los sujetos que estén autorizados.
- Estar siempre pendientes de la realización de las demandas del personal sanitario.
- Serán los encargados de las comunicaciones y recados verbales que por jerarquía superior se le transmita.
- Desplazará y trasladará al enfermo, paciente o usuario a las áreas que le sean encomendadas ya sea por la realización de pruebas diagnósticas, o por su traslado a otra unidad o inclusive la realización del ingreso y traslado a planta del paciente.
- Trasladará la documentación requerida para la asistencia y atención del paciente como pueden ser las pruebas de laboratorio, o banco de sangre, farmacia, admisión y la conveniente recogida de los resultados de las pruebas realizadas.
- Controlará en todo momento el mantenimiento del adecuado orden de los familiares en referencia a la unidad y les proporcionará la información que necesiten en cuanto a que se puedan ubicar o hallar el lugar al que deben de dirigirse.
- Recalcar aunque por todo es sabido que no es competencia del celador dar información de ninguna clase sobre el estado de salud del paciente a sus familiares o acompañantes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, como podemos observar a partir de la descripción de las funciones y competencias, del celador en los diferentes puestos o zonas diferenciadas de las urgencias hospitalarias en los centros que dispones de este servicio o unidad, este profesional es una pieza clave y fundamental en el equipo de trabajo de

estas unidades. Es por ello que destacamos la necesidad de que sea un profesional instruido y actualizado, además de que desempeñe correctamente su trabajo para un buen funcionamiento del área. De ello dependerá la buena organización y esto se verá repercutido en la asistencia sanitaria que se le proporcione al paciente o usuario, en esos momentos críticos que se viven en los servicios o unidades de urgencias y emergencias, ya que en demasiadas ocasiones dependerá de ello la vida del paciente o usuario.

6 Bibliografía

1. <https://www.formacioncarpediem.com/curso/697/curso-el-celador-enurgencias-y-emergencias>.
2. <https://www.emagister.com/assets/es/course/3253272/file/80117/CeladorUrgencias-Emergencias.pdf>.
3. <http://www.epes.es>.
4. <https://revistamedica.com/celador-emergencias-y-urgencias/>.
5. <http://scielo.isciii.es>.

Capítulo 156

FUNCIONES DEL CELADOR EN URGENCIAS EN AMBITO HOSPITALARIO

AMPARO SÁNCHEZ MORA

ALEJANDRA FERNÁNDEZ NAVARRO

ABEL JESUS CALIXTO RELUCIO

MARIA JOSÉ ARENAS DE LAMO

MARIA DEL MAR LAFUENTE CAMPOS

1 Introducción

La planta de urgencias de un hospital es el área destinada a la atención de pacientes que requieren atención médica inmediata debido a una emergencia o una condición médica aguda. La planta de urgencias es donde los pacientes son evaluados, diagnosticados y tratados por un equipo médico especializado, que incluye médicos, enfermeras, técnicos y otros profesionales de la salud. La planta de urgencias puede estar dividida en diferentes áreas según la gravedad de la condición médica del paciente. Por ejemplo, puede haber una sección de triage, donde los pacientes son evaluados y clasificados según la urgencia de su condición. También puede haber áreas específicas para pacientes con lesiones traumáticas o para aquellos que requieren atención médica por enfermedades graves (1).

La planta de urgencias puede contar con diversos recursos médicos y equipos, como camas para hospitalización, monitores de signos vitales, equipos para realizar pruebas diagnósticas y salas de cirugía de emergencia.

El celador en urgencias es un profesional que desempeña un papel fundamental en el ámbito hospitalario, ya que es responsable de garantizar un ambiente seguro y cómodo para los pacientes y de asistir al personal médico en el traslado y atención de los pacientes. El celador en urgencias es la primera persona en recibir al paciente en el hospital, y su función principal es acompañar al paciente desde la entrada hasta la sala de espera o la sala de atención médica.

En resumen, la planta de urgencias es un área vital en cualquier hospital que se dedica a brindar atención médica de emergencia y urgencia a pacientes que presentan problemas médicos agudos o potencialmente mortales.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:

- 1.Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el celador en la planta de urgencias del hospital.
- 2.Establecer coordinación con los diferentes profesionales en casos de emergencia y traslado inminente.
- 3.Brindar apoyo al personal médico y de enfermería para asegurar un tratamiento eficaz al paciente.

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 en urgencias en el ámbito hospitalario tiene diversas funciones importantes, entre las que se pueden destacar el traslado de pacientes. Una de las principales funciones del celador en urgencias es el traslado de pacientes, tanto

dentro del servicio de urgencias como hacia otras áreas del hospital. El celador debe asegurarse de que el paciente sea trasladado de manera segura y cómoda, y en algunos casos, acompañarlo durante el traslado.

El celador en urgencias también tiene la responsabilidad de mantener el servicio limpio y desinfectado. Esto puede incluir la limpieza de camillas, sillas de ruedas y otros equipos médicos, así como la limpieza de las habitaciones después de que los pacientes son dados de alta. Este profesional también puede proporcionar asistencia al personal médico en diversas tareas, como la movilización de pacientes, la colocación de sueros o la toma de muestras (2).

El celador en urgencias también puede ayudar a los pacientes en diversas tareas, como la movilización dentro del servicio de urgencias, la entrega de comida o bebida, y la respuesta a preguntas generales que puedan tener.

Otra función importante es el transporte de muestras y documentos, ya que el celador también puede ser responsable del transporte de muestras y documentos importantes dentro del hospital.

Además, el celador en urgencias también puede ser responsable de ayudar al personal médico en la movilización y el transporte de los pacientes a diferentes áreas del hospital, así como de proporcionar apoyo emocional y físico al paciente y a sus familiares en situaciones difíciles. Otras funciones del celador en urgencias pueden incluir la limpieza y el mantenimiento de los equipos y áreas de trabajo, el registro de información sobre los pacientes y el seguimiento de los protocolos de seguridad y procedimientos adecuados (3).

En resumen, el papel del celador en urgencias en el ámbito hospitalario es fundamental para garantizar el bienestar de los pacientes y la eficacia del personal médico en la atención y traslado de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del celador en la planta de urgencias de un hospital son vitales para el correcto funcionamiento del servicio y para la atención de los pacientes. El celador es el encargado de la movilización de los pacientes, la limpieza y desinfección de las áreas de atención, la asistencia al personal médico y a los pacientes, y el transporte de muestras y documentos importantes.

El trabajo del celador es fundamental para garantizar un ambiente seguro y cómodo para los pacientes y el personal médico en la planta de urgencias. Además, su labor de apoyo al equipo médico permite una atención más eficiente y efectiva, lo que puede mejorar los resultados y la experiencia del paciente.

En definitiva, el celador desempeña un papel crucial en la atención médica de

emergencia y urgencia en la planta de urgencias de un hospital, y su trabajo es esencial para garantizar la atención de calidad y la seguridad de los pacientes y del personal médico.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/>
2. <https://congresosicepa.com/papel-celador-urgencias/>
3. <https://essaformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quirofano>

Capítulo 157

LOS CELADORES, SUS FUNCIONES Y EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

ISMAEL GIL VALENTÍN

CRISTINA CAMUÑAS DOMÍNGUEZ

ARTURO VALENTIN GARCIA

ÁNGEL TORREJÓN ALCALÁ

MATEO ARAQUE MOLINERO

1 Introducción

Las urgencias: es el servicio que se creó para las necesidades de cualquier paciente que necesite ser estabilizado, atendido o controlado y de manera inminente.

Los grupos de personal sanitarios que se localizan trabajando en este servicio tan complejo suelen ser personal multidisciplinar.

El personal sanitario que componen el servicio de urgencias está formado por varios médicos que suelen ser especialistas, varias enfermeras, varios técnicos de cuidados de enfermería (TCAE) y varios celadores, ya que es uno de los servicios con mas tránsito de pacientes de y todo el centro sanitario.

En este capítulo nos vamos a centrar en las funciones que efectúan los celadores de forma continuada en este servicio de tan complejo.

El celador deberá realizar las funciones que indique el estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, orden del 5 de julio 1971, compuesto por el grupo subalterno en la escala general.

Sus tareas viene identificadas en el artículo 14, punto 2, además cabe destacar que los celadores como personal estatutario de los servicios de salud que forman el sistema de la nación, se les fijará los que se escriba en la ley 55/2003 del 16 de diciembre del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.

En este estatuto están especificadas las bases reguladoras del nexo funcional particular del personal estatutario de los servicios de salud.

2 Objetivos

El objetivo que buscamos con la realización de este capítulo, es mostrar las funciones que los celadores deben de ejecutar en uno de los servicios más complejos de cualquier institución sanitaria, ya sea primaria o especializada.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos obtenido la diversa información de las siguientes páginas webs: Scielo, Auxiliar-enfermería, Boe.

Además hemos contratado la información con el Hospital universitario general de Guadalajara.

Las palabras mas utilizadas en este capítulo han sido: Celador, funciones, urgencias.

4 Resultados

el servicio de urgencias se encuentra pegado a la puerta de acceso a estos centros hospitalarios.

En el hospital suele tener su propia puerta de acceso, además esta puerta de acceso debe estar bien identificada y diferencia al resto de las áreas del hospital.

Esta puerta anexa al hospital y que da entrada directamente al servicio de urgencias ayuda a que los pacientes accedan a este servicio sin mas demoras con lo cual también significa que necesitan una ayuda urgente.

El servicio de urgencias es uno de los pocos servicios que no se cierra, es decir, tiene que funcionar los 365 días del año y durante las 24 horas del día, sabiendo esto podemos decir que el servicio de urgencias tiene que dar una atención tanto

especializada (hospitales) como una atención primaria (urgencias en los centros de salud) en caso de que el enfermo vaya con unas patologías bastante graves será la propia atención primaria quien lo derivará al centro hospitalario mas cercano. Los enfermos pueden acceder al servicio de urgencias por distintas modalidades: Los pacientes pueden acceder al servicio de urgencias hospitalarias por mediación de su médico de atención primaria, ya sea por la zona de urgencias de atención primaria o por mediación de su médico de cabecera en caso de que en la cita médica el doctor lo crea necesario.

Los enfermos pueden asistir al servicio de urgencias por iniciativa propia, es decir, por su propio pie o por mediación de algún familiar que lo crea conveniente.

Los enfermos también pueden acudir a las urgencias hospitalarias por mediación de una llamada al 112, este servicio será el encargado de mandar una ambulancia al domicilio del enfermo y de llevarlo hasta el servicio de urgencias hospitalarias. Lo primero que hacer el enfermo al acceder al servicio de urgencias es dirigirse directamente al mostrador de admisión, aquí le realizarán un registro y le darán una pulsera identificativa que en ella pondrá su nombre, apellidos y su número de historial clínico.

Una vez terminado el proceso de registro, el paciente será valorado por el personal sanitario, es decir, por los médicos o por las enfermeras, estos harán una especie de valoración sobre la importancia de la patología que sufre el paciente, y una vez valorado , lo pasarán a la sala de espera donde tendrá que esperar hasta que lo pasen a un box, donde será atendido.

Después al paciente le acompañará un celador al lugar que sea más adaptado a la patología que presente y lo atenderán en base al nivel de prioridad que este enfermo necesite, esa zona se le llama sala de triaje.

El área de urgencias debe estar perfectamente conectado con los demás servicios de alta complejidad, como lo son: Uci, quirófano, laboratorios...

La zona de triaje se encuentra dentro de las urgencias y posee un protocolo especial vamos a escribir el protocolo como: Triage es la zona por la cual todos los pacientes deben de entrar para ser valorados y para saber clasificar las diferentes patologías de los enfermos y darles la atención exacta que necesitan estos pacientes.

Vamos a mostrar cuáles son las funciones de los celadores de urgencias:

Son los primeros en recibir a los enfermos da igual que los pacientes procedan de las ambulancias o de los vehículos particulares.

Indicarán a los pacientes la zona de admisión para que se puedan registrar siempre y cuando la situación lo permita, en caso de que el paciente venga de manera urgente, lo transportarán directamente a la sala de triaje o a la sala de REA, mien-

tras el familiar se quedará dando los datos del enfermo en la zona de admisión. Trasladarán a los pacientes en sillas de ruedas, camillas, camas o en el supuesto caso de que el enfermo pueda ir por su propio pie, será el celador quien lo acompañará.

Localizarán al personal sanitario cuando sea imprescindible.

Serán los guardianes de la puerta de urgencias, y deberán tener un gran número de sillas de ruedas y camillas, para lo que pueda suceder.

Colaborarán con el personal sanitario en las funciones que les sean encomendadas, así como la ejecución de las tareas que sean mandadas por sus superiores. Llevarán toda la documentación a los diferentes servicios como: Laboratorio, banco de sangre, farmacia, zona de admisión... y deberán recoger los resultados, cuando estos estén preparados.

Se encargarán de que los familiares/acompañantes no circulen por los pasillos y por las habitaciones del servicio de urgencias.

No realizarán comentarios a los familiares de los pacientes sobre pruebas, resultados, tratamientos, exploraciones...

No realizarán comunicados sobre los pronósticos de las patologías que tenga el paciente, ya que este es el cometido del médico encargado de la asistencia al paciente.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona que recibe a los enfermos en las puertas del servicio de urgencias.

Es elemental que el celador tenga una capacidad y una disposición buena para los pacientes que asistan al área de urgencias, se queden conformes por la atención recibida por ellos.

En el área de urgencias es muy importante el trabajo que realizan los celadores, ya que ejecutan unas diversas labores y entre ellas la mas importante es la de dar apoyo al resto de personal sanitario, para lograr conseguir una atención a los enfermos de alta calidad y lograr así que las actividades que se realizan en el servicio de urgencias tengan una evolución óptima y de la forma mas correcta posible.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.boe.es/>

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (s/f). Castillalamancha.es. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://sanidad.castillalamancha.es/>
Hospital Galenia. (2021, mayo 17). Hospital Galenia. <https://hospitalgalenia.com/>

Capítulo 158

FUNCIONES DEL CELADOR DE PLANTA EN TRASLADOS Y EMERGENCIAS 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 traslados y emergencias en el ámbito hospitalario es un área dedicada a la atención inmediata de pacientes que requieren traslado urgente a otras áreas del hospital o a otros centros médicos fuera del hospital. Esta área está diseñada para ser accesible rápidamente y cuenta con equipos y personal especializado en el manejo de emergencias médicas.

En la planta de traslados y emergencias, el personal médico y de enfermería está altamente capacitado para evaluar y estabilizar pacientes en situaciones críticas antes de su traslado a otras áreas del hospital o a otras instituciones de salud. La planta cuenta con equipos médicos de alta tecnología, incluyendo monitores de

signos vitales, desfibriladores, ventiladores mecánicos, entre otros. El celador de planta es un profesional fundamental en el ámbito hospitalario, ya que se encarga de diversas funciones que son vitales para el buen funcionamiento del centro médico. Uno de los roles más importantes del celador de planta es el traslado de pacientes dentro del hospital, así como la atención en situaciones de emergencia (1).

En cuanto al traslado de pacientes, el celador de planta es el encargado de trasladar a los pacientes de una unidad a otra, ya sea para realizar algún examen o prueba médica, o para llevarlos a la sala de operaciones. Además, también se encarga de acompañar a los pacientes en su desplazamiento por el hospital, garantizando su seguridad y comodidad durante el traslado.

En situaciones de emergencia, el celador de planta juega un papel crucial en la atención a los pacientes. En caso de una emergencia médica, el celador de planta debe estar preparado para actuar de manera rápida y eficaz, brindando los primeros auxilios y coordinando la llegada de los equipos médicos necesarios.

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el celador en traslados y emergencias en el ámbito hospitalario.

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 una figura muy importante en el ámbito hospitalario, y sus funciones son vitales en situaciones de emergencias y traslados. Algunas de las funciones específicas del celador en estas situaciones incluyen la preparación del traslado: El celador se encarga de preparar la camilla o silla de ruedas en la

que se va a trasladar al paciente, verificando que estén limpias y en buen estado. También debe asegurarse de que el paciente esté preparado para el traslado, por ejemplo, si necesita llevar algún tipo de medicación o si requiere algún tipo de asistencia.

El celador es responsable de trasladar al paciente desde la habitación hasta el lugar donde se realizará el tratamiento o donde se llevará a cabo el traslado. Para ello, debe mover al paciente con cuidado, evitando causarle dolor o incomodidad. Además, el celador debe asegurarse de que el paciente esté seguro en todo momento durante el traslado (2).

En caso de una emergencia, el celador es uno de los primeros en responder. Puede ayudar a controlar la situación, colaborando con los profesionales médicos, movilizándolo camillas, preparando los equipos necesarios para el tratamiento, y en general, haciendo todo lo posible para garantizar la seguridad del paciente. Además, el celador trabaja en estrecha colaboración con el personal médico, y es su responsabilidad seguir las instrucciones de los profesionales de la salud. Además, debe estar siempre alerta y dispuesto a colaborar en cualquier tarea que se le encomiende (3).

Por lo tanto, además de trasladar pacientes, el celador también es responsable de transportar equipos y suministros médicos, asegurándose de que estén en el lugar correcto en el momento adecuado.

En resumen, el celador desempeña un papel fundamental en el ámbito hospitalario, especialmente en situaciones de emergencia y traslados. Su labor es esencial para garantizar la seguridad y comodidad de los pacientes, y para apoyar al personal médico en el cuidado de los mismos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el celador de planta es un profesional crucial en el ámbito hospitalario, especialmente en lo que respecta a los traslados y situaciones de emergencia. Su labor es fundamental para garantizar el bienestar y la seguridad de los pacientes, así como para el correcto funcionamiento del hospital en general.

En situaciones de emergencia, el celador de planta es el primer en responder y brindar los primeros auxilios, coordinando la llegada de los equipos médicos necesarios. Además, en los traslados de pacientes, el celador de planta se encarga de garantizar la comodidad y seguridad del paciente durante el traslado, lo que

es fundamental para una atención de calidad.

En resumen, el papel del celador de planta en el ámbito hospitalario es esencial para garantizar la seguridad, el bienestar y la atención adecuada de los pacientes. Su trabajo es fundamental en el funcionamiento del hospital y en la atención de situaciones de emergencia.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/>
2. <https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/#::text=Ser%C3%A1n%20los%20encargados%20de%20realizar,a%20una%20determinada%20planta%2C%20etc.>
3. <https://essaeformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quirofano>

Capítulo 159

EL INGENIERO DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO: SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS. HIDRANTES

GABRIEL MOLINA CUESTA

LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE

OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL

ALBERTO AVIVAR ROZALÉN

1 Introducción

Un incendio en un centro hospitalario es uno de los graves problemas que puede existir, los hospitales son centros muy vulnerables con este tipo de situaciones, ya que en él se halla mucho personal, familiares de pacientes ingresados y enfermos de todo tipo; muchos de ellos no pueden valerse por sí mismos y dependen de más personas, muchos de ellos están encamados.

Dentro de cualquier hospital, encontramos diferentes medidas para la protección contra incendios. En primer lugar, nos encontramos la protección pasiva que se encarga de contener el incendio para así favorecer la evacuación, la no propagación y la extinción, como es el caso de la sectorización, puertas cortafuegos, compuertas automáticas, sellado de instalaciones, aislamientos determinados de cableado, protección de elementos estructurales (dotándolas de una estabilidad al

fuego determinada)... 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. En este capítulo nos centraremos en los hidrantes.

Es por ello que nos ha parecido bastante importante este tema, no solo en las labores del ingeniero en la supervisión de estos sistemas, sino de la enorme responsabilidad que tiene en que todos los sistemas funcionen bien y evitar así, una catástrofe.

2 Objetivos

Dar a conocer el protocolo que debe seguir el ingeniero dentro del centro hospitalario para asegurar que se cumplen las condiciones mínimas de seguridad exigidas por la normativa de aplicación.

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 hidrantes son exigidos principalmente en Hospitales, más que en centro médico ya que son necesarios cuando la altura de evacuación descendente excede de 28 m o si la ascendente excede de 6 m. Así como en establecimientos de densidad de ocupación mayor que 1 persona cada 5 m² y cuya superficie construida está comprendida entre 2.000 y 10.000 m².

Los sistemas de hidrantes contra incendios, estarán compuestos por una red de tuberías para agua de alimentación y los hidrantes necesarios propiamente dichos. Los hidrantes contra incendios, serán del tipo de columna o bajo tierra.

Estos sistemas son para uso exclusivo de BOMBEROS.

Para considerar que los hidrantes contra incendios están bien colocados se harán cumplir las condiciones que se indican a continuación: a) La distancia desde cualquier punto a un hidrante, será inferior a 100 m en zonas urbanas. b) Al menos, uno de los hidrantes (en la entrada del hospital) deberá tener una salida de 100 mm, orientada perpendicular a la fachada. c) En el caso de hidrantes que no estén situados en la vía pública, la distancia entre el emplazamiento de cada hidrante y la fachada exterior del edificio, medido perpendicularmente, estará comprendida entre 5 m y 15 m.

Las características de los hidrantes, serán de acuerdo a la norma UNE-EN 14384:2006 y UNE-EN 14339:2006. Para la realización del mantenimiento de los mismos, atenderemos a dichas normas, organizándose temporalmente del siguiente modo:

Trimestral:

- Verificar la accesibilidad alrededor de ellos y la señalización en los hidrantes enterrados.
- Revisión visual, comprobando que no hay fugas de agua.
- Retirar las tapas de las salidas, lubricar las roscas y comprobar el estado de las juntas de los racores.
- Verificar la señalización de los hidrantes de superficie.

Cada 6 meses:

- Lubricar la tuerca de puesta en marcha o rellenar la cámara de aceite del mismo.
- Abriremos y cerraremos la válvula del hidrante, comprobando el funcionamiento correcto y del sistema de drenaje.

Cada año:

- Revisar que no haya fugas en los tapones y conserven su estanqueidad.

Cada 5 años:

- Sustitución todas las juntas de los racores.

5 Discusión-Conclusión

Es misión del ingeniero dentro del hospital, controlar que en el diseño se han tenido todas estas premisas y realizar una formación sobre los trabajadores encargados de mantener estos sistemas, de modo que se garantice su funcionamiento en todo momento. Además, debe verificar y asegurar de forma periódica un man-

tenimiento de estas instalaciones para un correcto funcionamiento del sistema contra incendios en un complejo sanitario tan importante como puede ser un hospital o un centro de salud.

El ingeniero velará para que la empresa mantenedora autorizada, 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 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 160

EL ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CONTRATACIÓN DE PERSONAL DEL HOSPITAL

NOELIA VILLALBA ALFARO

VALENTIN GOMEZ CALCERRADA VILLARREAL

MARÍA JOSÉ VILLANUEVA ROMERO

ROSA MARIA DE LA OSA MELERO

MARÍA VIRTUDES ARIBAS CERVANTES

1 Introducción

La unidad de contratación de personal en un hospital es esencial para asegurar que el personal adecuado se encuentre disponible y preparado para brindar atención médica de calidad. En este sentido, el papel del administrativo es crucial para garantizar el éxito del proceso de selección y contratación de personal.

El administrativo tiene una amplia variedad de responsabilidades en la unidad de contratación de personal del hospital, desde la recepción de solicitudes hasta la elaboración de informes y estadísticas. Sin embargo, su función principal es proporcionar apoyo administrativo en todas las etapas del proceso de selección y contratación, asegurando que todo el procedimiento se realice de manera efectiva y eficiente.

La calidad del personal del hospital es fundamental para el bienestar de los pacientes, por lo que la unidad de contratación de personal debe contar con personal altamente capacitado y eficiente para llevar a cabo su labor. En este sentido, el administrativo juega un papel clave en la selección y contratación de personal, lo que hace de su trabajo una pieza clave en el engranaje del hospital.

En resumen, el administrativo es una figura importante en la unidad de contratación de personal del hospital, y sus funciones son cruciales para garantizar la contratación de un personal altamente capacitado y eficiente, lo que, a su vez, asegura la calidad de la atención médica brindada a los pacientes.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar y explicar las funciones del personal administrativo en la unidad de contratación de personal 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

El administrativo es una figura clave en la unidad de contratación de personal del hospital, ya que su trabajo consiste en apoyar y llevar a cabo diversas funciones administrativas necesarias para el reclutamiento, selección y contratación del personal de la institución.

Entre las funciones que puede desempeñar un administrativo en la unidad de contratación de personal de un hospital se incluyen la recepción de solicitudes de empleo, donde el administrativo puede recibir las solicitudes de empleo de los aspirantes y registrarlas en un sistema de base de datos. Además, puede verificar que la documentación presentada por el solicitante esté completa (2).

Otra función es la publicación de ofertas de trabajo donde el administrativo puede ser responsable de publicar las ofertas de trabajo en medios de comunicación

internos y externos, así como en portales de empleo en línea. Esto también incluye a posteriori el cribado de candidatos: El administrativo realiza una primera evaluación de las solicitudes recibidas y hacer la selección de los candidatos que cumplen con los requisitos mínimos.

Además, el administrativo se encarga de coordinar las entrevistas con los candidatos preseleccionados. Y puede elaborar informes y estadísticas de los procesos de selección y contratación de personal para su posterior análisis.

Este profesional también puede colaborar en la tramitación de los contratos de los nuevos empleados, verificando que toda la documentación esté completa y que se sigan los procedimientos establecidos. Y debe encargarse de la gestión de la correspondencia relacionada con la contratación de personal, incluyendo el envío de cartas de aceptación o rechazo.

En resumen, el administrativo en la unidad de contratación de personal del hospital desempeña un papel fundamental en el proceso de selección y contratación de personal, realizando diversas funciones administrativas necesarias para el correcto funcionamiento de esta área del hospital.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de contratación de personal de un hospital es un departamento o área de recursos humanos encargado de reclutar, seleccionar, contratar y gestionar el personal que trabaja en el hospital. Esta unidad tiene como objetivo principal asegurar que el hospital cuente con un personal adecuado, altamente capacitado y comprometido para brindar atención médica de calidad a los pacientes.

En resumen, la unidad de contratación de personal de un hospital es una parte crucial del departamento de recursos humanos que se encarga de asegurar que el hospital cuente con el personal adecuado y altamente capacitado para brindar atención médica de calidad. Es un departamento que cumple con una gran variedad de funciones esenciales para garantizar la eficiencia y eficacia del hospital en la atención a los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://www.opoinnova.com/como-trabajar-administrativo-en-hospital/>.
2. <https://sanidad.ccoo.es/199edb45a51f5c9daee21f19f77d1e9e000058.pdf>.
3. <https://webquery.ujmd.edu.sv/siab/bvirtual/Fulltext/ADAD0000661/PF3.pdf>

Capítulo 161

CÓMO GESTIONAR EN SANIDAD A LOS SUJETOS NO ASEGURADOS POR EL PERSONAL ADMINISTRATIVO

NOELIA VILLALBA ALFARO

VALENTIN GOMEZ CALCERRADA VILLARREAL

MARÍA JOSÉ VILLANUEVA ROMERO

ROSA MARIA DE LA OSA MELERO

MARÍA VIRTUDES ARRIBAS CERVANTES

1 Introducción

Comenzaremos exponiendo que para brindar a los sujetos una conveniente cobertura sanitaria, la ley establece unos Supuestos Especiales de Asistencia Sanitaria y se convienen reunir unos requisitos básicos para poder entrar dentro de estos supuestos.

Los auxiliares administrativos como profesionales y trabajadores de los centros o de las instituciones hospitalarias o sociosanitarias de la salud en la Atención Primaria se hallan muchas veces ante usuaria/os que no poseen la condición de aseguradas ni tampoco de beneficiarias en España del Sistema Nacional de Salud. En el presente capítulo vamos a ver cuáles son esos supuestos y vamos a describir el procedimiento que tienen que efectuar los auxiliares administrativos para que estas usuarias puedan tener acceso al Sistema Nacional de Salud.

En referencia a estas usuarias o usuarios, sujetos que se encuadrarían dentro de los supuestos especiales son las mujeres extranjeras embarazadas no registradas ni tampoco autorizadas como residentes en España y los extranjeros que sean menores de dieciocho años no registrados ni tampoco autorizados como residentes en España.

Estos tendrán que dirigirse a la atención al paciente del Centro de Atención Primaria que les concierna en función de cuál sea su domicilio habitual donde el auxiliar administrativo designado a tales efectos deberá requerirles para su registro en el programa SIPRES la documentación que a continuación detallaremos.

2 Objetivos

Describir el procedimiento que los auxiliares administrativos deben llevar a cabo cuando las usuarias que cumplen los requisitos básicos para poder estar dentro de los supuestos especiales de asistencia sanitaria se dirigen a la Atención Primaria para tener acceso a la misma.

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

Documentación requerida

- Formulario de la solicitud para el acceso a la asistencia y atención sanitaria cumplimentado. Este le será facilitado y entregado por el Auxiliar Administrativo o el Asistente Social del propio centro.
- Documento de identificación. Que podrá ser el pasaporte, la tarjeta de extranjero o documento de identificación de su país de origen.
- Certificado de empadronamiento. La fecha de expedición del este no podrá ser nunca superior a los tres meses a la de la demanda de la solicitud.
- Documento de identificación del representante legal si es que este es menor. Solamente en el caso de menores de edad.

- Informe social si el usuario carece de identificación.

Ante estas solicitudes y demandas de asistencia, el auxiliar administrativo convendrá asimismo, verificar cada documentación requerida desestimando las solicitudes en las que los datos no sean correctos y/o la documentación esté incompleta, indicando al solicitante lo preciso para subsanar dicha documentación.

Tras verificar que la documentación es correcta se pasará a dar de alta al registro en el programa SIPRES o modificar el mismo si ya existe registro previo, posteriormente, se le asignará médico y número de historia clínica a menos que sea una atención ocasional por no haber desplazamiento.

Así mismo se rellenarán asimismo, los siguientes campos con la información que sale entre paréntesis a continuación de los mismos:

- Tipo de población (SNS) y ciudadano (extranjero sin recurso - NTE NA menores de 18 los años extranjeros - ETE NA gestantes extranjeras, según corresponda), emplazamiento (habitual).

- Fecha de caducidad (en la ventana extranjeros dos años a partir de la fecha de introducción en el SIPRES, en el supuesto de menores se deberá marcar la casilla conveniente y dos años a partir de la demanda de solicitud teniendo que efectuar la renovación siempre cada dos años y así hasta llegar a la mayoría de edad.

- Aportación farmacia será de un 40 %.

Por último, se le entregará una acreditación convenientemente cumplimentada con una validez en toda España para poder acceder a la atención y asistencia sanitaria donde se tendrá que anotar el concedido código de identificación personal (CIP-SNS) establecido por el programa y que este será único y común para todos los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y que quedará permanentemente asociado a su información clínica.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos para que todo esto se cumpla estos sujetos tendrán que dirigirse al Centro de Atención Primaria que les corresponda en función de cuál sea su domicilio habitual donde el auxiliar administrativo designado a tales efectos deberá requerirles para su registro en el programa SIPRES la documentación precisa.

Este es el procedimiento que tienen que seguir los auxiliares administrativos de los centros de salud cuando se encuentran con usuarias en supuestos especiales de asistencia sanitaria.

Como se puede ver es un procedimiento un poco complejo por lo que sería preciso la elaboración de una guía que el auxiliar administrativo pueda seguir, ya que actualmente se carece de ella.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto.
2. Real Decreto 576/2013, de 26 de julio.
3. Ley 16/2003, de 28 de mayo.
4. Llop-Gironés Alba, Vargas Lorenzo Ingrid, Garcia-Subirats Irene, Aller Marta Beatriz, Vázquez Navarrete María Luisa. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2014 Dic [citado 2022 Sep 22] ; 88(6): 715-734. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000600005&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600005>.
5. Bas-Sarmiento Pilar, Fernández-Gutiérrez Martina, Albar-Marín M.^a Jesús, García-Ramírez Manuel. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. Gac Sanit [Internet]. Hace 2015 [citado 22 de septiembre de 2022] ; 29(4): 244-251. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000400002&lng=es. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008>.

Capítulo 162

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA SALUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y SU TRABAJO A TURNOS

NOELIA VILLALBA ALFARO

VALENTIN GOMEZ CALCERRADA VILLARREAL

MARÍA JOSÉ VILLANUEVA ROMERO

ROSA MARIA DE LA OSA MELERO

MARÍA VIRTUDES ARRIBAS CERVANTES

1 Introducción

Una planta de hospital es uno de los departamentos de un centro hospitalario y, dependiendo del centro en sí, es el primer lugar al que acuden la mayoría de los pacientes antes de recibir otros servicios. Construye un hospital. Muchas categorías profesionales (médicos, enfermeros, porteros, auxiliares administrativos) se agrupan en los citados servicios o áreas de urgencias, ya que es el primer contacto del paciente con el hospital y donde se inicia el proceso diagnóstico. Desde aquí, los pacientes serán derivados para su ingreso, consulta o retorno a su centro de atención primaria. El servicio de urgencias del centro hospitalario trabaja las 24 horas del día, los 365 días del año, por lo que el trabajo debe dividirse en

jornadas de 8 horas divididas en 3 turnos, las cuales deben ser realizadas por todo el personal de servicio. Tras establecer una jornada de 7 horas, se cambiaron los turnos y se crearon 2 turnos de 7 horas (matutino y vespertino) y 1 turno de 10 horas (nocturno) para completar un periodo de 24 horas Trabajar o pagar la prima anterior.

Los auxiliares administrativos son esenciales para identificar los pacientes en este servicio. Estos especialistas deben seguir la transformación del propio servicio.

2 Objetivos

Exponer la cantidad de riesgos laborales que sufren los auxiliares administrativos en el área de urgencias de los hospitales debido a los trabajos a turnos rotativos y los tipos de trastornos que estos padecen, tanto en su propia salud como en sus relaciones sociales y 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.

4 Resultados

Como mencionamos anteriormente, los operadores de emergencia deben trabajar las 24 horas del día, los 365 días del año. Se dividen en turnos de mañana-tarde-noche. El trabajo por turnos presenta riesgos laborales peligrosos como:

- Enfermedades metabólicas y gastrointestinales: Debido al trabajo por turnos, el plan de alimentación puede no ser siempre el mismo, lo que contribuye a dichos problemas y favorece a las personas obesas. Trabajo en turnos.
- Trastornos del sueño. Debido a que el trabajo por turnos significa diferentes horarios para acostarse cada día, y los trabajadores a menudo tienen que acostarse y despertarse a intervalos muy diferentes, esto puede conducir a una mala calidad del sueño porque nuestros cuerpos no reconocen el tiempo de sueño.
- Estrés psicosocial: Debido a los horarios de trabajo, la adaptación a los encuentros familiares y sociales se hace más difícil, ya que la mayoría de las personas en

edad laboral lo hacen en un horario fijo y fijo, introduciendo a menudo descansos especiales los fines de semana y festivos, a los que es muy difícil adaptarse, trabaja, cambios.

Esto crea aislamiento del entorno social, lo que afecta psicológicamente a los empleados. Cuando su familia y amigos organizan una vida de "normalización" de lunes a viernes, es muy difícil estar correctamente con ellos porque el trabajo no es consciente del fin de semana de descanso del fin de semana o la insatisfacción con los empleados. ¿Puedo disfrutar de sus amigos, familiares y socios con ellos? Esto puede causar presión adicional en el lugar de trabajo, ya que puede conducir a la pérdida de amistad e influir en los resultados de las actividades profesionales. Todo esto trae como consecuencia cambios de humor e irritabilidad, ya que la mala calidad del sueño y la insatisfacción con el tiempo libre pueden afectar el estado de ánimo del personal y, por tanto, su actitud hacia los pacientes.

Se recomienda revisar los horarios de estos empleados, ya que todo afecta la calidad del trabajo y los servicios prestados. Agregar descansos y usar biocalendarios puede ayudar a mejorar el disfrute del descanso y la calidad del sueño de estos trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Los ritmos biológicos alterados debido a los horarios de los turnos profesionales, especialmente los turnos de noche en los hospitales de agudos, hacen que los asistentes administrativos sean vulnerables a problemas de salud a largo plazo. Además, los cambios en el ciclo sueño/vigilia y su impacto en los cambios y restricciones del sueño diario, los trastornos alimentarios como los atracones y las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, el colesterol total y sus posibles efectos sobre los vasos sanguíneos, corazón, nivel etc. En los datos obtenidos no encontramos diferencias significativas y significativas entre el trabajo a turnos y el trabajo nocturno permanente.

La restricción del sueño es un factor de riesgo modificable, pero existen determinadas situaciones laborales en las que los turnos son imprescindibles, incluidos los turnos de noche, como los hospitales y sus servicios de urgencias, donde se prevé una jornada continua de 24 horas.

6 Bibliografía

- Neurotiquita: "Trastorno por trabajo a turnos". <http://www.neurowikia.es>
- NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos.

-www.google.e

Capítulo 163

LA COMUNICACIÓN ASERTIVA EN LA SANIDAD

ALBERTO MORENO MARFIL

1 Introducción

La comunicación asertiva es un tipo de comunicación en el cual una persona expresa sus ideas, necesidades y sentimientos de manera clara, respetuosa y directa, sin agredir ni someterse a los demás. La asertividad implica tener la capacidad de decir lo que se piensa y se siente de manera adecuada y oportuna, sin faltar al respeto a los demás ni permitir que los demás lo falten a uno.

La comunicación asertiva puede ser muy efectiva en diferentes ámbitos de la vida, ya sea en el ámbito personal, laboral, social o familiar. Por ejemplo, en el ámbito laboral, la comunicación asertiva permite que los empleados puedan expresar sus ideas y necesidades de manera efectiva y contribuir al éxito de la empresa. En el ámbito personal, la comunicación asertiva permite que las relaciones sean más saludables y satisfactorias, ya que se evitan conflictos y malentendidos.

Este tipo de comunicación también implica ser capaces de establecer límites claros y respetar los límites de los demás. Esto significa ser capaces de decir "no" cuando sea necesario, sin sentirse culpable o tener miedo de ofender a alguien. También significa ser capaces de pedir ayuda o apoyo cuando lo necesitemos, sin sentirnos débiles o vulnerables.

La empatía se puede englobar como una característica importante de la comunicación asertiva.

2 Objetivos

Detectar y emplear un lenguaje adecuado al usuario de los servicios sanitarios y sus circunstancias evitando conflictos y una relación entre profesional de la salud y usuario correcta basada en el respeto entre ambos.

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, sindicatos españoles, publicaciones oficiales del Ministerio del Trabajo y Ministerio de Sanidad.

4 Resultados

La comunicación asertiva implica el uso adecuado de la información. Es importante que el profesional de la salud proporcione al paciente la información necesaria para comprender su enfermedad y tratamiento, sin sobrecargarlo con detalles innecesarios o alarmantes. Además, es importante que el paciente tenga la oportunidad de hacer preguntas y aclarar sus dudas, para que pueda tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.

Un aspecto fundamental de la comunicación asertiva es la escucha activa. Esto implica prestar atención no solo a las palabras del paciente, sino también a su lenguaje corporal y emociones. Es importante que el profesional de la salud valide los sentimientos del paciente, reconociendo su angustia o preocupación, y respondiendo con empatía y comprensión.

Otra estrategia importante para la comunicación asertiva es la empatía. Al ponerse en el lugar del paciente y mostrar comprensión y compasión por sus preocupaciones, los profesionales sanitarios pueden ayudar a reducir la ansiedad y el estrés del paciente. Esto también ayuda a establecer una relación más sólida entre el paciente y el profesional sanitario.

La falta de asertividad puede llevar a diferentes problemas en la comunicación, como la agresividad, la pasividad o la manipulación. La agresividad implica comunicarse de manera violenta, tratando de imponer los propios deseos y necesidades

sin respetar los derechos de los demás. La pasividad, por su parte, implica no expresar los propios deseos y necesidades por temor a ser rechazado o a generar conflictos.

Ante un paciente problemático o agresivo es aún más importante mantener una actitud empática. Para ello deberemos tener en cuenta:

- Mantener la calma: Es fundamental mantener la calma en todo momento, respondiendo con calma y empatía, se puede ayudar a disminuir la tensión y fomentar una comunicación más efectiva.
- Escuchar activamente: Prestar atención a sus necesidades y sentimientos puede ayudar a comprender mejor la situación y responder de manera más efectiva.
- Ser directo y claro: Es importante ser directo y claro al comunicarse con el paciente, evitando rodeos o indirectas. De esta manera, se pueden evitar malentendidos y asegurarse de que el mensaje sea comprendido.
- Buscar soluciones conjuntas: En lugar de imponer soluciones, es importante buscar soluciones conjuntas con el paciente, que puedan satisfacer las necesidades de ambas partes. Esto puede incluir la negociación y la búsqueda de alternativas para resolver el problema.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el profesional en el ámbito de la salud sea consciente de sus propias emociones y reacciones ante el paciente. Es común que estos profesionales experimenten frustración, estrés o cansancio, especialmente en situaciones difíciles. Sin embargo, es importante evitar transmitir estas emociones al paciente, ya que esto puede generar ansiedad y desconfianza.

La comunicación asertiva con el paciente es esencial para garantizar una atención adecuada y satisfactoria. Al establecer una buena relación con el usuario, comunicarse de manera clara y efectiva, escuchar activamente, mostrar empatía, ser honesto y transparente, y ser conscientes de la comunicación no verbal, ya que los pacientes pueden percibir las emociones y el estado de ánimo de los profesionales sanitarios a través de su lenguaje corporal, y esto puede afectar la forma en que perciben la atención que reciben. Por lo tanto, es importante mantener una postura abierta y relajada, mantener el contacto visual y sonreír para transmitir calidez y confianza.

6 Bibliografía

- https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_667.pdf/0c56eb86-4771-4545-adab-59bd972cce41
- <https://psicologia-estrategica.com/que-es-la-asertividad/>
- <https://www.iepp.es/asertividad/>
- <https://habilidadsocial.com/asertividad-10-claves/>

Capítulo 164

EL CALEFACTOR SANITARIO EN EL SERVICIO DE LA LAVANDERIA DE UN HOSPITAL. FUNCIONAMIENTO Y CONTROLES DE MANTENIMIENTO

OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL

LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE

GABRIEL MOLINA CUESTA

1 Introducción

En el Servicio de Salud de Castilla La-Mancha (SESCAM) encontramos diversas lavanderías industriales públicas que son las encargadas de suministrar los diferentes materiales textiles y de lencería (sábanas, entremetidas, toallas, pijamas, uniformes de los diferentes profesionales, ...) a los diferentes centros de salud y complejos hospitalarios, no solo de una zona concreta sino de varias provincias de la región.

El personal de mantenimiento como son los Calefactores Sanitarios, deben hacer un mantenimiento eficiente y de calidad, en el cual se instruye mediante cursos, seminarios y sobre todo se siguen las instrucciones de los diversos fabricantes de maquinaria empleada en estas instalaciones para poder establecer unas pautas de mantenimiento en las cuales se practican con procesos minuciosos todo lo aprendido en esos cursos que han sido impartidos por las diversas marcas como puede ser (Gibao, Orión , Jessen, entre otros) que son fabricantes de calandras, túnel de

planchado, túnel de lavado, planchadoras de uniformes, secadoras, introductores y plegadoras de las cuales hablaremos en este capítulo para poder aclarar dudas y para saber como de emplear los procedimientos de mantenimiento según el fabricante de la máquina para solucionar los diferentes fallos y problemas originados por el nivel de carga exigida en este tipo de máquinas

2 Objetivos

En este capítulo se explicará las labores del personal de mantenimiento Calefactor que trabaja en el mantenimiento de una lavandería pública del Servicio de Salud de Castilla La-Mancha (SESCAM). Que es un Túnel de Lavado en una lavandería industrial, su funcionamiento, las labores de mantenimiento de un Calefactor en el equipo y las posibles averías originadas por el continuo funcionamiento, evitando posibles fallos de funcionamiento y por consiguiente paros en la producción perjudicando el suministro de material a las diferentes zonas hospitalarias.

3 Metodología

Se hace una búsqueda en el 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 Lavado de una lavandería es un conjunto de máquinas cuya función es lavar y desinfectar las grandes cantidades de ropa que se recogen de los diferentes centros sanitarios. Es la máquina de mayor tamaño que se encuentra en una lavandería industrial, dependiendo del volumen de ropa y de la cantidad de centros sanitarios que proveen la ropa así será su tamaño y módulos.

En el Túnel de Lavado se compone de un conjunto de sistemas mecánicos, neumáticos, eléctricos y tuberías de vapor; que juntos lavan las prendas. Dentro del Túnel de Lavado Industrial se divide en 5 secciones:

- Cinta de Llenado o Transvase:

Es una cinta inclinada unos 45° en la cual se compone de unos cajetines en los que se echa la ropa sucia y en los cuales se dispone de un peso para saber cuánta ropa lleva cada cajetín (unos 50Kg). Tiene un dispositivo de seguridad para que nadie pueda quedar atrapado mediante pulsadores o activadores. Esta cinta está controlada por una unidad central que le da las órdenes de avance para que descargue la ropa a una tolva a la entrada del túnel de lavado.

- Túnel de Lavado:

Es una lavadora interconectada, quiero decir, son 7 lavadoras industriales interconectadas entre sí, mediante un tornillo sin fin, para que la ropa pase por cada fase de lavado sin que la ropa llegue a detenerse en ningún momento de sus fases, reduciendo los tiempos de lavado y optimizando el consumo de agua y electricidad, consiguiendo en todo el proceso de lavado una eficiencia.

Este equipo de lavado está alimentado por agua que se recoge de la acometida general de suministro, se trata eliminando las impurezas que pueda tener y eliminando la cal, vapor suministrado de la zona de calderas propias de la lavandería para asegurar una buena desinfección y un aportador automático de Jabones y Peróxidos Industriales específicos de lavandería.

Todo el funcionamiento está regulado por la unidad central que es la que le da los tiempos de lavado y transvase. Después de todos los procesos que el túnel de lavado efectúa en sus tambores o módulos, llega el momento de descargar en la Prensa.

- Prensa de Drenaje:

Está situada al final del túnel de lavado. La prensa recibe la ropa empapada, es la encargada de escurrir el agua mediante el aporte de presión y compresión formando una torta de ropa escurrida y bajo un mínimo grado de humedad. La prensa tiene un funcionamiento lineal/vertical, activado por una bomba hidráulica la cual tiene que ser inspeccionada periódicamente para que este equipo desarrolle su funcionamiento en óptimas cualidades. Seguidamente la torta de ropa sigue su curso y es expulsada de la presa y llevada por una cinta plana al elevador de carga de las secadoras.

- Elevador de Carga, también llamado Convellor:

Es un sistema de elevación, en el cual distribuye la torta de ropa entre 2 secadoras para su siguiente secado. Este elevador de carga se acciona mediante la unidad principal que es la que elige a cuál de las dos secadoras introduce la carga. Este tipo de elevador va propulsado por 2 motores eléctricos los cuales le da la posibilidad de funcionamiento en vertical y horizontal. Del mismo modo este elevador está compuesto de unos sensores que le indican en todo momento en que situación se encuentran para realizar la descarga con seguridad.

- **Secadoras Industriales:**

Este tipo de secadoras están construidas para que el secado de la ropa se efectúe de forma eficiente y en el menor tiempo posible, mediante vapor distribuido por tuberías de acero inoxidable. Son secadoras que están propulsadas por un motor eléctrico el cual transmite la fuerza a unas ruedas en las que está apoyado, el tambor giratorio que tiene la facultad de girar en ambos sentidos para desenredar la ropa y secar más eficaz. Una vez terminado el proceso de secado, estas secadoras expulsan la ropa para que los planchadores puedan introducirla en la siguiente máquina.

El calefactor sanitario en las labores de una lavandería industrial pública, se encarga de realizar una prueba cada mes, comprobar el estado de las tuberías que suministran el vapor a todas las partes de la máquina, obstrucciones de cal o suciedad, comprobación de las presiones de vapor y comprobación de otros elementos ajenos a su profesión, pero que debe ejercer junto con el resto de personal de otras profesiones, para mantener el suministro constante de ropa que entran todos los días de los diferentes hospitales o centros sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha comentado anteriormente para un correcto funcionamiento de este equipo y mantener un nivel constante de ropa, unido a una eficiencia energética muy importante hoy en día, el personal de mantenimiento de calefactores en el ámbito sanitario, se encarga de comprobar las presiones de trabajo, sensores, posibles fugas de presión en tuberías o elementos de conexión y elementos de seguridad.

Mediante parte de trabajo el calefactor sanitario debe verificar y asegurar de forma periódica un mantenimiento, mediante protocolos de trabajo a este equipo para un funcionamiento óptimo y alcanzar la producción deseada y satisfacer la demanda de la producción. Además, de una limpieza diaria de todos los elementos y desinfectar zonas más propensas a contaminantes que puedan contaminar otras zonas, y que la ropa vaya desinfectada según las normas de seguridad en sanidad a los diferentes centros sanitarios (hospitales, centros de salud, ambulancias, etc.).

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 165

EL CORREO NEUMÁTICO EXPLICADO POR EL MECÁNICO SANITARIO EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO

LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE

OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL

ALONSO PINTOR OLIVARES

ANGEL MIGUEL PINTOR OLIVARES

ALBERTO AVIVAR ROZALÉN

1 Introducción

Para la creación de este capítulo de libro, nos hemos basado en explicar en que se basa la instalación del Correo Neumático, también llamado Tubo Neumático. Este servicio es de vital importancia en un complejo hospitalario, es rápido, seguro y muy eficiente. Imaginemos a modo de ejemplo que el personal sanitario de un centro sanitario necesita enviar urgentemente una prueba de un paciente crítico que ha ingresado en la UCI por un accidente y se han realizado unas pruebas. Entre que el personal sanitario lleva las diferentes pruebas al laboratorio para su posterior análisis se han perdido “media hora en ese transcurso”, minutos muy importantes si el paciente está en ese estado. Pues gracias al Correo Neumático, este sistema ayuda a que sea más rápido.

El servicio de mantenimiento mecánico sanitario, es el encargado de mantener esta instalación en orden, aunque una empresa externa es la que se encarga de su instalación y reprogramación de actualizaciones periódicas. El personal mecánico se encarga de controlar que la instalación funcione, controlando los diferentes sistemas, circulación de los cartuchos y que la presión del aire comprimido sea igual en toda la instalación.

Hablaremos en los siguientes apartados de los distintos componentes, problemas, ventajas y desventajas, y de los posibles riesgos en el proceso durante su mantenimiento. También realizaremos una pequeña información de donde hemos sacado la información.

2 Objetivos

Explicar el funcionamiento del Sistema del Correo Neumático en un complejo hospitalario, sus funciones en un hospital y las ventajas e inconvenientes que tiene.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro nos hemos basado en una revisión bibliográfica tras la consulta de varios artículos existentes, páginas webs, empresas certificadas e instaladoras de estos tipos de sistemas en centros sanitarios y libros en mantenimiento de instalaciones de presión por aire comprimido. También se tiene en cuenta la experiencia por parte del mecánico sanitario en el mantenimiento de estos equipos.

4 Resultados

El Correo Neumático en un centro sanitario es un sistema de distribución de pequeñas mercancías capaz de suministrar documentos, muestras, medicamentos, pruebas, etc.; con gran rapidez desde una parte del edificio a cualquier otro en cuestión de segundos.

Este sistema, utiliza la fuerza de impulsión del aire gracias a una serie de componentes. Estos proporcionan aire comprimido al sistema por las tuberías e impulsa los cartuchos (recipientes especiales) del mismo tamaño que el diámetro interior de la tubería a la estación donde se desee enviar.

Los componentes utilizados en el Correo Neumático de un hospital son los siguientes:

- **Turbina:** Los hay de varios tipos, pero el más común en estas instalaciones son los centrífugos. Es el encargado de coger el aire del exterior de la calle y mediante unas palas descentradas sobre su eje, el aire aspirado entra por succión, se va disminuyendo el espacio que tiene el aire hasta que crea una presión y expulsa el aire dentro del sistema. La cantidad del aire es la responsable para la impulsión y la velocidad del transporte, entorno de 6 a 8 m/sg.

- **Sistema de Tuberías:** se encuentran ocultas por todo el entramado del edificio, normalmente están en el entretecho (cavidad entre las placas de escayola y la viga). Son fabricadas en plástico de PVC, tienen la principal ventaja de que es un material barato. Las diferentes tuberías están conectadas entre sí por unos anillos adhesivos de acero o en acero inoxidable con una mínima tolerancia para evitar posibles fugas en el circuito.

Por diferentes puntos del sistema a modo de seguridad se encuentran unos manguitos intumescientes cortafuegos, cuya función es evitar la propagación del fuego en caso de incendio del ala del hospital donde se encuentre y evitar la propagación, esté se contraen por la influencia del calor, obturando el tubo.

- **Desviadores o Estaciones de Dirección:** Se utilizan para desviar los cartuchos a la estación seleccionada por el personal sanitario. Es una caja controlada por una unidad central. Dentro se hayan tres vías de tuberías que mediante el ordenador controla el momento exacto cuando tiene que moverla compuerta, esta es fabricada en aluminio y hace cambiar la dirección del cartucho. Los cartuchos tienen un código de seguimiento que al pasar por la estación quedan memorizadas en el ordenador central.

- **Unidad Central:** La conexión entre las diferentes líneas se realiza por la unidad de central, dentro del sistema cada envío es monitorizado. Es el cerebro del sistema, es donde el personal de mantenimiento mecánico sanitario puede comprobar donde están los cartuchos, cómo va el sistema de presiones y todo el conjunto en general. En tiempo real.

- **Estación de Planta:** Cuando el cartucho llega a la planta lo hace a través de estas estaciones, tiene una serie de luces testigos en los que informa al usuario si le va a llegar algún envío o por el contrario si se va a enviar. Tiene un display con teclado para marcar a la estación donde quiere enviar el cartucho. Y disponen de una cesta donde son depositados los cartuchos al salir del sistema neumático.

- **Cartuchos Porta-Documentos:** Son las urnas donde se almacenan los diferentes documentos, pruebas, etc.

Este sistema tiene ventajas e inconvenientes:

- Ventajas:
 - + Disponibilidad ilimitada.
 - + Puede almacenarse y comprimirse en grandes volúmenes y transportarse fácilmente a través de tuberías. Una vez empleado, puede soltarse a la atmósfera sin dañar al medioambiente.
 - + Alta fiabilidad y tiene una gran vida útil.
 - + Y es económico.
- Desventajas:
 - + Ruido: al estar el aire a altas presiones y es liberado por el todo el sistema. Por eso las tuberías se encuentran ocultas para a su vez no molestar.
 - + Espacio: Al haber tantas redes de tuberías el espacio debe de ser amplio para instalar estos sistemas.
 - + Variación de Presiones: el aire comprimido en el sistema, está sujeto al volumen que es capaz de almacenar. Si el aire de fuera está caliente o frío puede producirse un cambio en su volumen, por lo que el suministro dentro de la instalación es variable.

5 Discusión-Conclusión

Para el personal de mantenimiento mecánico encargado en la supervisión y reparación de este sistema. Debe comprobar que no haya fugas, controlar si ha habido algún fallo en algún momento a través del ordenador central y en caso de reparación comunicarlo al jefe de mantenimiento, que es el encargado de avisar a los demás servicios para que no envíen nada mientras se está reparando el sistema. Seguir además las instrucciones del fabricante que montó la instalación y utilizar los EPI adecuados (gafas, guantes, ...).

Es importante el conocimiento de este sistema por parte del personal de mantenimiento, sus ventajas y desventajas así como las distintas aplicaciones del mismo en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

- o Curso Condiciones de Trabajo y Riesgos Profesionales. Formación Orión.
- o Aerocom (empresa especializada en sistemas de Correo Neumático). Página web: <https://www.aerocom.de/es/>
- o Experiencia de situaciones en el entorno laboral por parte del mecánico sanitario.

Capítulo 166

TÉCNICAS DE LA SOLDADURA CON LLAMA. LABORES REALIZADAS POR EL PERSONAL DE CALEFACTORES SANITARIOS

ANGEL MIGUEL PINTOR OLIVARES

LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE

GABRIEL MOLINA CUESTA

OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL

1 Introducción

Para realizar la soldadura por llama, que es una de las técnicas de soldadura que emplea el Calefactor Sanitario en sus labores de reparación y montaje de equipos en los centros Hospitalarios. Se basa en aplicar calor para fundir el material de aportación junto con las piezas de metal para que quede firme y uniforme y al enfriarse las piezas su unión se vuelve fuerte y compacta. Hay que tener especial atención y cuidado en no someter las piezas a una temperatura por encima de su límite estructural ya que puede deformar la pieza y deteriorarla.

En el proceso de soldado, los gases que desprenden del proceso crean una barrera protectora alrededor de la soldadura para evitar oxidación y la sulfatación de las piezas.

Para una buena unión de las piezas, estas tienen que estar limpias de productos químicos, polvo y líquidos, para soldadura en tuberías estas han de ser preparadas

en forma de bisel en la zona de soldadura y separadas para favorecer la penetración en piezas de bastante espesor. Además, para que los materiales suelden bien, se utilizan fundentes para protegerlos de la oxidación (polvo, pasta, líquido, ...).

Hay varios tipos de soldadura con llama que explicaremos más detalladamente en este capítulo.

2 Objetivos

Dar a conocer como es la técnica empleada de la soldadura por llama por el Personal de Calefactores Sanitarios y método de utilización en un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la realización y elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, recopilado información extraída de varios libros especializados en el Mantenimiento de Instalaciones Públicas y Funciones del Calefactor en Centros Sanitarios, además de la realización de técnicas prácticas con soldaduras por llama.

4 Resultados

El Servicio de Calefactores del Personal de Mantenimiento de un Centro Hospitalario, dependiendo de las propiedades de los materiales y del trabajo de la carga de estos y del lugar donde hay que hacer la labor de soldeo, realizará un tipo de proceso de soldadura diferente. En la Soldadura por Llama podemos encontrar 3 tipos: o Soldadura Blanda: este tipo de soldadura se utiliza para unir dos piezas con las mismas propiedades, la temperatura en la que se debe soldar ha de ser baja, por debajo de 500°C. El Calefactor Sanitario utiliza el material de aportación para unir las piezas, esta se funde y se extiende a lo largo del contorno entre las dos piezas. Un ejemplo de esta soldadura es el soldeo por estaño, perfecta para soldar cables eléctricos, terminales eléctricos, rejillas de poco grosor, entre otros...

En su proceso de elaboración el Calefactor para unir las piezas, ha de cortar y lijar las superficies de las piezas a soldar a su medida adecuada, limpiar la zona de trabajo con disolvente y colocar el soldador aportando temperatura entre las

dos piezas y aplicar el material de aportación. El material comenzará a fundirse porque la temperatura es la adecuada.

Después se deja enfriar la pieza y se limpia de cualquier residuo que pueda perjudicar la pieza en un futuro. o Soldadura Fuerte: tiene características parecidas y su método de elaboración es muy parecida a las de la soldadura blanda, pero con la diferencia de que la temperatura a la que hay que soldar el material de aportación (latón, plata y aluminio) y el fundente ha de ser mucho mayor, entre 500-900°C.

Este tipo de soldadura utiliza butano y soplete regulador de llama. Se emplea para soldar materiales que resistan mayores cargas de trabajo y sobre todo temperaturas altas.

Los primeros pasos son los mismos; lijar la zona de la pieza con su medida adecuada, limpiar la zona de trabajo con disolvente pero el Calefactor Sanitario en este tipo utiliza un soplete cuyo gas empleado es el butano, calentamos la pieza y se aproxima una varilla de latón y el fundente. Con el soplete vamos dirigiendo y calentado el líquido y el metal para unificar la soldadura por todo el contorno de la pieza, y una vez se enfría se limpia. o Soldadura Oxiacetilénica (Autógena): este tipo de soldadura, es la que más cuidado debe tener el Calefactor Sanitario, ya que se emplean dos tipos de gases: Oxígeno y Acetileno, para general el calor para el proceso de soldar.

Permite realizar soldaduras con el mismo y diferente material para unir las piezas. Las temperaturas que se consiguen son muy altas, más de 3.000°C y según la boquilla utilizada en el soplete, el personal que realiza este trabajo puede soldar piezas más grandes y con mayor espesor. Esta soldadura tiene dos problemas uno es que, dependiendo del calor aportado a la pieza por el mecánico sanitario, puede producir cambios estructurales debilitando la pieza en el proceso de soldado y que las mezclas de los dos gases sean en proporción correcta.

El equipo puede ser fijo o móvil y se compone de:

- + 2 botellas, una de Oxígeno (O₂) y otra de Acetileno (C₂H₂).
- + 2 manorreductores en la salida de cada toma de botella (cada uno es diferente).
- + 2 mangueras de cada color y grosor para diferenciar el gas utilizado.
- + Y un soplete con diferentes boquillas.

Respecto a los Equipos de Protección Individual y Colectivos necesarios recomendados, destacamos:

- Guantes; hasta mitad de los brazos.
- Pantallas faciales con filtros; para proteger los ojos de las diferentes radiaciones producidas por la soldadura.
- Mandil o Peto; que protejan también de las proyecciones incandescentes y tér-

micamente.

- Ropa de manga larga de lana o algodón ignífugo con puños que se ajuste a la muñeca y sin bolsillos.

Y protección del lugar donde se realiza la soldadura:

- Ventilación e iluminación adecuada.
- Extintores de uso rápido.
- Salidas de emergencias.

5 Discusión-Conclusión

Para utilizar estos tipos de equipos de llama sin ningún problema, ni riesgo; el Servicio de Calefactores Sanitarios además de utilizarlo para labores de soldado también es utilizado para cortar piezas de gran tamaño y grosor (dependiendo de la mezcla utilizada y de la boquilla del soplete) para el hierro y el acero.

También es imprescindible que para el uso de estos equipos de soldadura que estemos equipados con los Equipos de Protección Individual y Colectivos necesarios recomendados y la protección del lugar donde se realiza la soldadura.

Este tipo de soldadura es muy eficiente y deja volar la creatividad a la hora de usarla, pero como hemos dichos, es imprescindible que usemos los equipos de protección para realizar un trabajo seguro.

6 Bibliografía

- Libro El Calefactor en Instituciones Públicas de la editorial CEP Tomo I, con ISBN: 978-84-681-1040-0.
- Manual Básico de Calefactores en Instituciones Sanitarias de la editorial Eduforma, con ISBM: ISBN 978-84-676-0461-0.
- Libro Técnicas de Mecanizado para el Mantenimiento de Vehículos de la editorial EDITEX, con ISBM: 978-84-9771-201-9.
- <https://www.geniolandia.com/13176107/tipos-de-llamas-en-la-soldadura-a-gas>
- <https://www.demaquinasyherramientas.com/soldadura/soldadura-autogena>

Capítulo 167

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA LENCERÍA DEL HOSPITAL

ANGELES SANCHEZ ALARCON

CARLOS LOPEZ GOMEZ

VIRGINIA HONRADO VILLAR

CANDIDO CUERDA ROBLES

DAVID LEON VILLAR

1 Introducción

La lencería del hospital tiene como misión gestionar y proporcionar a todo el hospital el material textil y no textil necesario para el correcto funcionamiento del mismo. Cuando se hace mención a los tipos de materiales se está mencionando a los textiles, tanto de las unidades de recepción de los pacientes, las vestimentas de los profesionales y otros materiales, como correas de sujeción, arneses, cintas, etc.

La jefatura de la lencería está representada por la gobernanta, que es la persona que gestiona todo el servicio, desde lo concerniente a textiles y no textiles, como al funcionamiento y turnos del personal que trabaja en la misma. De este modo, en la lencería se pueden encontrar profesionales, tales, como auxiliares administrativos, costureras, planchadoras y celadores.

La ropa es clasificada, según su destino, en la lencería, donde se puede encontrar dos zonas, la zona donde trabajan celadores, costureras y planchadoras, y la zona

de la lencería donde los profesionales recogen su equipo correspondiente, consistente en un pantalón y una chaqueta, además de los zuecos correspondientes. Este equipo será renovado anualmente.

En la entrega de los equipos, cada profesional, tiene asignado un número o su nombre, categoría y servicio.

El celador en el servicio de lencería desarrolla una gran variedad de funciones, en la entrega y reparto de todo el material textil y no textil, como se describirá más adelante del capítulo.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento del servicio de lencería hospitalaria.
- Explicar las funciones que el celador desarrolla en la lencería hospitalaria.

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

Las diferentes funciones que el celador desarrolla en la lencería del hospital pueden clasificarse en las siguientes:

- Reparto de material textil y no textil.

La lencería del hospital cuenta con un petitorio de necesidades de material textil de todas las unidades y servicios del centro sanitario. Esto significa que diariamente tienen que tener el material pedido, siempre a primera hora de la mañana. Este reparto de material textil lo realiza el celador, que previamente ha cargado en los carros de transporte, todo lo necesario, como pijamas de los pacientes, entremetidas, bajeras, sábanas y colchas.

Bajo las órdenes y las indicaciones de la gobernanta, el celador, repone los carros de cada unidad. Estos carros son nominativos y portan el lugar al que pertenece, uci, pediatría, urgencias, etc.

Siempre a primera hora de la mañana, coincidiendo con los aseos de los pacientes y la retirada de la ropa usada de camas y pijamas de los mismos, el celador transporta en los carros hasta su ubicación, recogiendo el carro del día anterior, vacío, para bajarlo y reponerlo para el día siguiente, y así correlativamente.

Si en cualquier momento de la jornada fuese necesario acercar algún tipo de material pedido, por ejemplo, pueden faltar sabanas en la planta de geriatría, el celador de lencería es el encargado de realizar tal demanda, cogiendo el carro pertinente y cargando las unidades solicitadas.

Los carros con la ropa sucia son pesados por el celador, que anotará dicho peso en los libros correspondientes para tal fin, siempre que el servicio de lavandería sea gestionado por una empresa externa, así se tiene controlado la salida de ropa sucia y la entrada de ropa limpia.

-Entrega de la vestimenta de los profesionales del centro hospitalario.

Existe una sala, llamada también lencería de los profesionales, donde el celador destinado en la misma, es el encargado de colocar, clasificar y entregar los pijamas reglamentarios del personal del centro. De este modo, el celador en esta zona se encarga de colocar en las perchas correspondientes las vestimentas de cada uno de los profesionales, sanitarios y no sanitarios.

En el horario que permanece abierto, el celador, a petición de los interesados, es el encargado de entregar las unidades demandadas de pantalanes, chaquetas, zuecos o cualquier otra vestimenta que le sea solicitada.

Las anomalías percibidas en cualquier prenda de los profesionales, se pondrá en conocimiento de la gobernanta con el fin de poder sustituir la prenda accidentada por otra prenda de la misma clase y talla.

5 Discusión-Conclusión

Se ha comprobado, a lo largo de la lectura de todo este capítulo, que los celadores de lencería ejercen una gran variedad de funciones, desde el reparto de las prendas hospitalarias y necesarias para el paciente y su unidad, así como en la entrega de los uniformes y vestimenta de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

Hay que reseñar que actualmente son más los centros hospitalarios donde el servicio de lencería es gestionado por empresas contratadas, y que la figura del celador en estos casos está ausente, puesto que estas empresas concesionarias del servicio de lencería contratan a sus propios empleados.

6 Bibliografía

1. El servicio de lavandería y lencería. Disponible en <https://ingesa.sanidad.gob.es>
2. La lavandería y la lencería en los centros sanitarios. Disponible en <http://forjatalent.es>
3. Funciones del celador en las distintas áreas. Disponible en <http://www.auxiliar-enfermería.com>

Capítulo 168

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA RECOGIDA Y TRASLADO DE RESIDUOS SANITARIOS

ANGELES SANCHEZ ALARCON

CARLOS LOPEZ GOMEZ

VIRGINIA HONRADO VILLAR

CANDIDO CUERDA ROBLES

DAVID LEON VILLAR

1 Introducción

Se les llama residuos sanitarios a aquellos elementos de desecho que se originan en los hospitales, unos están contaminados biológicamente y otros son sencillamente desechos de las actividades sanitarias.

Los residuos pueden clasificarse en residuos punzantes, patológicos, infecciosos, farmacéuticos, químicos, radioactivos y los desechos normales o generales, como cartón, cristal, etc. Esta clasificación permite nombrarlos por grupos. En el grupo 1 estarían los residuos que son semejantes a los residuos urbanos, en el grupo 2 los residuos sanitarios no especificables, en el grupo 3 los residuos que tienen un riesgo biológico, y por último los residuos generados en los hospitales de alto riesgo.

Cada uno de estos grupos tienen un sistema de eliminación diferente, así, por ejemplo los residuos del grupo 1 se eliminan con la recogida y posterior traslado a los contenedores específicamente dedicados para tal misión; los del grupo 2 se eliminan con la recogida en contenedores especiales; los del grupo 3 con la esterilización y por último los del grupo 4 son eliminados en la recogida que realiza ENRESA, que es la empresa nacional de residuos radiactivos.

El personal subalterno, en estos casos, el celador, es el encargado de la recogida y posterior traslado a las zonas establecidas, de los residuos que se generan en un centro sanitario.

2 Objetivos

-Conocer las funciones que en celador realiza en la recogida y traslado de los residuos sanitarios.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se han obtenido datos científicos teniendo en cuenta numerosas lecturas científicas y técnicas en diferentes y contrastadas fuentes y recursos bibliográficos, así como en la obtención de información de diversas lecturas. Para ello, se ha tenido en cuenta buscadores como Cochrane, Medline, Google Académico.

4 Resultados

El celador, como se ha indicado en la introducción, es el encargado de la recogida de los residuos sanitarios. Esta recogida se realiza en contenedores que suelen tener una capacidad entre los treinta a cincuenta litros de volumen. Estos contenedores suelen ser de material plástico o de cartón. Una vez que el celador recoge estos contenedores, comprobará, que las etiquetas identificativas de los mismos, coinciden con la clase de residuo y la fecha de la recogida, para trasladar dichos contenedores al lugar reservado para almacenarlos, hasta su recogida por el servicio externo correspondiente.

El celador conoce para el transporte de los residuos que existe un circuito para su traslado, un circuito para el material limpio, como contenedores vacíos, y otro circuito para el material contaminado, como son los contenedores llenos de residuos. Estos circuitos se mantendrán siempre aislados, es decir, el uno del otro, para

no contaminar los espacios.

El celador recogerá los residuos punzantes de los distintos servicios en botes cerrados herméticamente, identificados y con la fecha de recogida, para su traslado a las zonas destinadas para tal fin. La gestión de estos contenedores de plásticos, así como de todos ellos, se realizará por la persona indicada para tal menester, generalmente, suele ser el gestor de residuos sanitarios del centro hospitalario.

El celador tendrá en consideración para el almacenaje de todos los residuos, las diferentes ubicaciones de los contenedores, así los residuos asimilables a urbanos se almacenarán en la zona propia de estos residuos, no combinando nunca, contenedores de distinta clase de residuo. En el caso de los residuos del grupo tres y cuatro, el celador tendrá en cuenta las normas de seguridad en residuos sanitarios, así como, irá vestido con el equipo de protección individual homologado.

5 Discusión-Conclusión

En la recogida y traslado de residuos sanitarios, el celador tiene unas funciones de especialización, es decir, tiene que tener unos conocimientos básicos de los tipos de residuos y de cómo transportarlos.

Además, las funciones desarrolladas en la recogida de residuos sanitarios infecciosos son fundamentales porque permite mantener y organizar los diferentes elementos residuales en sus respectivos contenedores y en las zonas previstas, facilitando el funcionamiento en todos los sectores del centro sanitario.

El celador es consciente que en sus tareas de la recogida y traslado del material de desecho, debe de contemplar y seguir las normas de seguridad para tal efecto, siendo el responsable de la no contaminación de los circuitos limpios.

6 Bibliografía

1. Protocolo del transporte de residuos sanitarios. Disponible en: <https://www.hospitalregionaldemalaga.es>
2. El transporte por el celador de los residuos hospitalarios. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 169

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA

ANGELES SANCHEZ ALARCON

CARLOS LOPEZ GOMEZ

VIRGINIA HONRADO VILLAR

CANDIDO CUERDA ROBLES

DAVID LEON VILLAR

1 Introducción

La red nacional para la salud mental comprende aquellos centros de salud mental, cuyo objetivo principal es de la orientación y derivación de aquellos pacientes que presentan una patología mental, relacionada con su estado de salud psiquiátrica o por el consumo de sustancias que alteran la percepción del mundo y de las cosas. Además de estos centros, también existen las llamadas unidades intermedias, viviendas tuteladas, instituciones homologadas, dedicadas al control médico o de internamiento de pacientes con problemas psiquiátricos.

Por último también existen las unidades de hospitalización psiquiátricas, ubicadas como indica su nombre, en los centros hospitalarios. Esta unidad es la encargada de ingresar a los pacientes que por su estado de salud mental necesitan de un tratamiento, tanto terapéutico, como farmacéutico, para controlar su salud física y la salud de las personas de su entorno.

El ingreso en las unidades hospitalarias psiquiátricas está supeditado a una serie de características que presente el paciente. Entre estas se pueden destacar la mencionada en el párrafo anterior además de otras, como el fracaso en otras unidades intermedias, la necesidad de desintoxicación de sustancias estupefacientes, el deterioro físico añadido a su deterioro mental, etc.

El celador forma parte del equipo multidisciplinar que desarrolla su trabajo en estas unidades.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador en la unidad de hospitalización de psiquiatría.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se han obtenido datos científicos teniendo en cuenta numerosas lecturas científicas y técnicas en diferentes y contrastadas fuentes y recursos bibliográficos, así como en la obtención de información de diversas lecturas. Para ello, se ha tenido en cuenta buscadores como Cochrane, Medline, Google Académico.

4 Resultados

Las funciones del celador en la unidad de hospitalización de psiquiatría son las siguientes:

- Funciones de cuidado. El celador es el encargado de preservar la habitación o unidad del paciente. Sube y baja las persianas de estas unidades, ya que carecen de manivelas para tal fin, y su mecanismo es un mecanismo especial, tendiendo a la propia seguridad del paciente. Los objetos sueltos, como, se ha dicho, manivelas, mandos, llaves de grifos, sillas, mesas o cualquier otro objeto, están ausente en estas habitaciones. Los celadores en sus respectivos turnos harán la ronda en cada una de ellas, dando cuenta al supervisor de la unidad de hospitalización, del estado, que sea el adecuado y normal.

- Funciones de colaboración con el personal sanitario.

Ayuda al personal sanitario al aseo de los pacientes que no puedan hacerlo por sí mismos, e invitando a aquellos que puedan realizarlo por sí mismos a que lo realicen. En ocasiones el paciente psiquiátrico, debido a sus características,

se niega a aceptar las normas de la unidad. Ayuda al personal sanitario en la administración de tratamientos si se niega algún paciente, en la colocación de vías o de cualquier otra intervención que se realice con el paciente.

-Funciones de vigía. El celador vigila el acceso de las personas en la planta, permitiendo solo el acceso a aquellas personas autorizadas, procurando que los pacientes o visitantes deambulen por los pasillos centrales de la unidad, invitándoles a que pasen a sus habitaciones y se mantengan dentro. El celador también vigila el orden de la unidad, dentro y fuera de las habitaciones, avisando de cualquier anomalía que observe al personal sanitario.

Otras de las muchas funciones que desarrolla el celador en la unidad y bajo las indicaciones del personal sanitario, es la de recoger los pedidos de medicamentos indicados del servicio de farmacia.

5 Discusión-Conclusión

Se ha constatado a lo largo del desarrollo de este capítulo que las funciones del celador en la unidad de hospitalización de psiquiatría son fundamentales para el buen y correcto funcionamiento de la misma. El celador es un importante miembro del equipo multidisciplinar que atiende a los pacientes en estas unidades.

El trato con este tipo de paciente, obliga, al celador, a tener formación en las habilidades sociales, realizar escuchas activas, ponerse en el lugar del otro, etc..., serán cualidades que ayudarán al tratamiento de los pacientes psiquiátricos.

Hay que reseñar que las contenciones del paciente psiquiátrico serán sólo de uso terapéutico, y siempre cuando las circunstancias lo aconsejen, durando estrictamente el tiempo necesario que motivó su uso.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funcionesceladorunidadessaludmental>

<https://celadoresonline.blogspot.com/funcionesdelceladorensaludmental>

<https://www.cgtsanidadlpa.or>

Capítulo 170

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL

BEATRIZ REDONDO NIETO

ALBERTO CANTADOR CECILIA

PABLO ANTONIO MARIN MADRID

NURIA GARCÍA MONTESINO

OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Los auxiliares administrativos en el servicio de farmacia son los encargados de la selección de materiales y de consultar y ordenar facturas y pagos. Al presentar el saldo total de algunas recetas, también tienen que revisar estados de cuenta bancarios, y conciliar ingresos y gastos usando los saldos de consumo mensuales y anuales, y finalmente también tienen que administrar la compra de medicamentos y por supuesto sus gastos.

El trabajo en la farmacia no se limita a dispensar medicamentos o recomendar los productos más útiles para la salud del paciente, va un paso más allá y desemboca en otras tareas más administrativas

1,2.

El Hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada.

Disponen de farmacias hospitalarias especializadas así como de técnicos de farmacia y auxiliares administrativos que desarrollan sus propias tareas y actividades 1,3. Un hospital es una institución encargada de la hospitalización clínica y la atención especializada y auxiliar requerida en el área afectada. Es la atención secundaria, que se presta de forma ambulatoria y de urgencia, con posibilidad de hospitalización.

Los auxiliares administrativos que se encuentran en el servicio de farmacia se encargan de seleccionar el material y todo lo que exista en farmacia.

2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia, así como saber el manejar el software farmacéutico y proporcionar atención farmacéutica especializada.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado Google con palabras clave como el auxiliar en el servicio de farmacia.

4 Resultados

El servicio de farmacia está compuesto por los siguientes empleados calificados: Farmacéuticos, enfermeros, asistentes de supervisión, enfermeros, enfermeros de cuidados intensivos, auxiliares administrativos y limpiadores del turno vespertino^{1,3}. El Servicio de Farmacia del Hospital, el cual está subordinado a la Subdirección de Gestión Clínica del Hospital, la función de este servicio será descargar los medicamentos necesarios a través de los sistemas de dispensación con el fin de atender los requerimientos necesarios para mejorar la salud de los pacientes de manera adecuada y eficiente.

Para lograr los objetivos el Departamento de Farmacia se comunica constantemente con los servicios clínicos del hospital y determina las funciones y responsabilidades de cada miembro del 2º Departamento de Farmacia. Las principales

funciones de los auxiliares administrativos en el servicio de farmacia son:

- Participar en las actividades de planificación, organización y control de la unidad.
- Salida fácil para albaranes de reemplazo. - Organizar y cuadrar recetas y facturas emitidas.
- Asegura la salida de boletas de dispensación de medicamentos. - Cooperar y evaluar la calidad de los materiales utilizados.
- Ordenación de almacenes, mesas, desinfección, etc.
- Registrar diariamente todas las preparaciones estériles y nutrición parenteral.

Es imprescindible la presencia de un administrador o contador en el equipo de farmacia. Porque comprobará, entre otras cosas: la gestión de compras, la supervisión contable, la comunicación de resultados o si hay que hacer frente a impuestos. Todos ellos deben presentarse regularmente a la farmacia de acuerdo con su recomendación, para lo cual se deben presentar documentos 1.

Los auxiliares administrativos de farmacia no son necesariamente farmacéuticos, ni tienen por qué ser médicos o enfermeros, ya que todas sus funciones son administrativas.

Los auxiliares administrativos de farmacia tienen el compromiso de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud y la seguridad del paciente^{1,2}.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares de administración de farmacia son los responsables del correcto funcionamiento de los equipos de cómputo, quienes verifican las entradas y salidas de medicamentos, las existencias remanentes, las fechas de vencimiento y transfieren toda la información relacionada con los medicamentos al programa de cómputo. 1.4.

Es la realización de todas nuestras actividades de servicio, en base a la cual se establecen metas específicas para cada año, indicadas en el plan del sistema de gestión de la calidad, y se mantiene el control de todos los procesos. Todos los contenidos, balances y análisis se resumen anualmente en la revisión del sistema de gestión de la calidad 1, 2.

6 Bibliografía

1. <https://www.educaweb.com/profesion/>.
2. www.revistamedica.com.
3. www.medline.org.

Capítulo 171

EL CELADOR Y SU COLABORACIÓN EN EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

EVA MORENO BASTANTE

MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE

CARLOS JESUS ANDRADE MORENO

ISRAEL MARCHAN LAFUENTE

PAOLA ALMODÓVAR CARDENAS

1 Introducción

Entre los hábitos y estilos de vida saludables figura una adecuada higiene para cualquier enfermo, ya se encuentre en su casa u hospitalizado, la higiene adquiere una gran importancia.

Podemos decir que la Higiene es un conjunto de actividades que se llevan a cabo para aumentar y conservar la salud y prevenir enfermedades.

Se distinguen dos tipos de higiene: la individual y la social, juntas contribuyen a una completa salud. En el entorno sanitario, donde se tiene contacto constante con los enfermos, la higiene es una de las claves que se deben cuidar al máximo. El aseo del paciente recae en el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), ayudado por el celador, así se consigue proporcionar la higiene necesaria,

conocer estado de la piel y grado de movilidad del paciente.

Normalmente se lleva a cabo una vez al día por las mañanas, siendo el momento en el que se cambia la ropa de cama; salvo que sea necesario efectuar algunos lavados parciales durante la jornada.

La función del Celador ante el aseo del paciente es ayudar al auxiliar.

Excepcionalmente lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo ellos mismos, atendiendo a las indicaciones de los Supervisores de la planta o personas que los sustituyan

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del celador en su colaboración en el aseo del paciente encamado.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar se le informa al paciente lo que vamos a hacer, y si es posible, se pide su colaboración.

Tenemos que evitar corrientes y mantener una temperatura adecuada, entre 22-24 grados.

Debemos mantener su intimidad al máximo con biombo o cortinilla, además de procurar no desnudarlo del todo, sino por partes a medida que vayamos aseando cada zona.

Mover al paciente suavemente, sobre todo en casos de pacientes más graves.

Tener mucho cuidado con dispositivos que el paciente pudiera tener conectados, como sondas, bombas, drenajes o sueros.

Prepararemos el material de aseo y la ropa del paciente y de la cama en un carro: Guantes desechables, palangana, esponjas jabonosas, toallas, ropa limpia, bolsa de desechos.

A continuación nos ponemos guantes y colocamos al paciente de cúbito supino; mojamos las esponjas y empezamos por la cara, seguidamente retiramos el pijama o camisón, continuamos con cuello y hombros, torso, brazos y manos, finalizando en la axila y zona submamaria. Secamos bien. Continuamos con la zona abdominal y bajamos a la zona púbica. Seguimos con la zona inferior del cuerpo una vez secado meticulosamente.

Seguidamente, colocamos al paciente en decúbito lateral, y comenzamos con el lavado de espalda, cuello, glúteos y región anal. El TCAE que realice el lavado estará por el lado de la espalda del paciente. El celador girará al paciente hacia sí, después del secado, podemos aprovechar para echar crema hidratante.

Una vez acabado el aseo, se enrolla la sabana bajera hacia el centro de la cama, longitudinalmente, para que sea más fácil sacarla por el otro lado e ir colocando la ropa limpia a su vez. Con el paciente en decúbito supino, terminaremos de vestir la cama con la ropa limpia.

5 Discusión-Conclusión

La higiene en las personas hospitalizadas debe efectuarse minuciosamente para que la piel realice eficazmente sus funciones de protección, de regulación de la temperatura corporal, de secreción, de absorción y de sensibilidad.

En los aseos, es cuando mejor se puede observar el estado de la piel y si existen rojeces o zonas más susceptibles a úlceras por presión y en caso de que las hubiera, curarlas.

El aseo del paciente es importante para mantener en buenas condiciones el estado de la piel, pero a su vez el aseo proporciona una sensación de tranquilidad y relax en el paciente. Es un momento crítico del día para el reconocimiento del estado general del paciente y para ofrecerle ese estado de relax que conlleva el estar limpio después de horas encamado, por esta razón debemos poner atención a que sea un momento agradable y placentero para el paciente.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en el aseo de un paciente encamado [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2022 [citado el 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/celador-aseo-paciente-encamado/>.
2. Línea C, Perfil VT mi. Tema 5. Aseo del Paciente [Internet]. Blogspot.com. [citado el 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com>.

com/p/aseo-del-paciente-entre-los-habitos-y.html.

3. Ocronos R. El aseo del paciente encamado realizado por el TCAE y el celador. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2022 [citado el 16 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://revistamedica.com/procedimiento-aseo-paciente-encamado-realizado-tcae-celador/>.

Capítulo 172

EL PAPEL DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN RELACIÓN CON LAS INTOLERANCIAS ALIMENTICIAS

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ

ÁNGELES ESTER SÁNCHEZ GARCÍA

FERNANDO GARCÍA PEREZ-CEJUELA

1 Introducción

La importancia de conocer la intolerancia alimentaria en las cocinas hospitalarias radica en garantizar una alimentación segura y saludable para los pacientes. Con una cada vez mayor prevalencia de intolerancias alimentarias, es esencial que el personal de cocina, especialmente el pinche de cocina, esté capacitado para reconocer y manejar estas afecciones de manera efectiva.

El pinche de cocina debe ser consciente de que la intolerancia alimentaria es una reacción adversa a ciertos alimentos que no tiene una base inmunológica y que los síntomas dependen de la dosis y la ingesta del alimento que lo produce.

Algunos de los alimentos más frecuentemente asociados con la intolerancia alimentaria incluyen el gluten presente en el trigo, centeno, cebada, avena, espelta

y kamut, la lactosa presente en la leche de vaca, y los aditivos como sulfitos, benzoato sódico y glutamato monosódico.

Se debe poner en alza y destacar que el conocimiento del pinche de cocina sobre la intolerancia alimentaria es crucial para garantizar una alimentación segura y saludable para los pacientes hospitalizados, y para evitar posibles reacciones adversas a los alimentos. La educación y capacitación continua son esenciales para asegurar que el personal de cocina esté preparado para manejar efectivamente la intolerancia alimentaria en un entorno hospitalario.

Intolerancia alimentaria es un término que se utiliza para describir una reacción adversa que ocurre cuando el cuerpo no es capaz de tolerar ciertos alimentos.

Hay diferentes tipos de intolerancia alimentaria, incluyendo intolerancias enzimáticas, farmacológicas e indeterminadas.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la importancia de conocer la información sobre la intolerancia alimenticia en los productos y alimentos en una cocina hospitalaria por el pinche de cocina

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión de bibliografías 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 intolerancia a la lactosa es un ejemplo de intolerancia enzimática. La lactosa es un azúcar que se encuentra en la leche y sus derivados. En el intestino delgado, la lactasa es la enzima responsable de hidrolizar la lactosa en dos monosacáridos, la glucosa y la galactosa. Cuando la lactasa tiene una baja actividad, la leche con lactosa no se puede digerir adecuadamente y va directamente al intestino grueso, donde es fermentada por la flora intestinal. Esto puede causar dolor abdominal, flatulencia y diarrea. Las personas que padecen intolerancia a la lactosa deben eliminar la leche de su dieta o tomar productos lácteos sin lactosa.

La intolerancia a la fructosa es otro ejemplo de intolerancia enzimática. La fructosa es un azúcar que se encuentra en frutas y zumos, y también es parte del azúcar común o sacarosa. La fructosa es hidrolizada por una enzima llamada aldolasa en las células intestinales. Una deficiencia en esta enzima impide la correcta metabolización de la fructosa, lo que puede causar náuseas, vómitos, deshidratación, hipoglucemia y una disfunción hepática. Las personas que padecen intolerancia a la fructosa deben tener una dieta sin fructosa ni sacarosa, así como también deben evitar el consumo de sorbitol, que puede generar fructosa durante su metabolización.

La intolerancia al gluten es otro ejemplo de intolerancia alimentaria. El gluten es una proteína que se encuentra en el trigo, la cebada, el centeno, la avena y la espelta. La intolerancia al gluten se conoce como enfermedad celíaca, y se basa en la incapacidad de la mucosa intestinal para absorber correctamente los nutrientes. Las personas que padecen esta condición no pueden consumir productos con gluten, ya que esto puede desencadenar un cuadro de diarrea, fatiga, dolor abdominal, irritabilidad y pérdida de peso, hasta producir anorexia y anemia ferropénica.

Los diferentes tipos de intolerancias alimentarias pueden ser causados por diferentes mecanismos, como deficiencias enzimáticas, sustancias tóxicas presentes en algunos alimentos, reacciones inmunológicas o intolerancias a ciertos compuestos presentes en los alimentos. Es importante tener en cuenta que cada tipo de intolerancia requiere un enfoque específico para el tratamiento y la prevención de los síntomas, por lo que es importante consultar a un profesional de la salud si se sospecha de una intolerancia alimentaria. Además, es necesario realizar una dieta adecuada y equilibrada para asegurarse de que se están obteniendo todos los nutrientes esenciales necesarios para una buena salud y para prevenir la aparición de otros problemas de salud relacionados con la nutrición.

5 Discusión-Conclusión

En el mundo de la cocina, es fundamental que el pinche de cocina hospitalario tenga un conocimiento sólido sobre intolerancias alimentarias. Esto se debe a que, a menudo, los clientes tienen restricciones dietéticas específicas debido a diferentes tipos de intolerancias alimentarias. En este contexto, el pinche de cocina debe ser capaz de comprender las diferentes causas y tipos de intolerancias alimentarias, así como conocer los ingredientes y alimentos a evitar para garantizar que los platos sean seguros y adecuados para los pacientes. La comprensión de estas restricciones dietéticas por parte del pinche de cocina puede mejorar la

experiencia del paciente y reforzar la confianza en la cocina hospitalaria y su gestión.

6 Bibliografía

1. Red de Alergia Alimentaria y Anafilaxia. (2021). Alergias alimentarias. Extraído de <https://www.foodallergy.org/>
2. Colegio Americano de Alergia, Asma e Inmunología. (2021). Tipos de intolerancia alimentaria. Extraído de <https://acaai.org/allergies/types/food-intolerance>
3. Organización Mundial de Alergias. (2021). Alergia alimentaria. Extraído de <https://www.worldallergy.org/patient-resources/allergic-diseases/food-allergy>
4. Academia Americana de Pediatría. (2021). Comprender las alergias alimentarias. Extraído de <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/allergies-asthma/Pages/Understanding-Food-Allergies.aspx>

Capítulo 173

LA IMPORTANCIA EN ROTACIÓN Y VARIEDAD DE ALIMENTOS OFRECIDOS EN EL MENÚ HOSPITALARIO POR EL PINCHE DE COCINA

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ

ÁNGELES ESTER SÁNCHEZ GARCÍA

FERNANDO GARCÍA PEREZ-CEJUELA

1 Introducción

Como pinches de cocina hospitalaria es importantísimo y beneficioso para la salud la conveniente y estructurada rotación de los alimentos es otro factor clave en la construcción de una dieta equilibrada y saludable. Se refiere a la práctica de cambiar y alternar los alimentos que se consumen en un período determinado. Esto es importante porque cada alimento aporta nutrientes específicos, y al alternarlos se asegura una variedad de nutrientes en la dieta. Además, la rotación de los alimentos también ayuda a prevenir la monotonía en la alimentación y a mantener una dieta interesante y variada.

En la alimentación hospitalaria, la rotación de los alimentos es esencial para asegurar que los pacientes siempre y en todo momento lleguen a recibir una dieta equilibrada y saludable que satisfaga sus necesidades nutricionales. Por ello, es importante incluir y dotar a la dieta de una amplia variedad de alimentos en el menú, que se rotarán periódicamente para garantizar una alimentación adecuada y variada para cada paciente.

En resumen, la variedad y rotación de los alimentos son factores críticos para conseguir una dieta equilibrada y saludable. Deben ser considerados en la alimentación hospitalaria para asegurar que los pacientes reciban una nutrición adecuada y completa que les permita recuperarse y mantener un estado de salud óptimo.

2 Objetivos

Dar a conocer desde la perspectiva del pinche de cocina la relevancia que tiene para los pacientes enfermos la variedad y la rotación de alimentos en la dieta y en los menús hospitalarios

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías 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

El diseño de un plan dietético eficiente en un hospital depende de diversos factores, incluyendo el tipo de pacientes, la actividad sanitaria, la estancia media, la ubicación geográfica del centro, la tecnología utilizada en la cocina, las instalaciones y maquinaria, la cualificación del personal y la organización del trabajo. La variedad de alimentos en la dieta se determinará en función de estos factores y se rotará para evitar la monotonía y asegurar que se cubran todos los aspectos nutricionales.

Para diseñar un plan dietético de un mes, por ejemplo, se seguirán las siguientes pautas: primero, se confeccionarán menús diferentes que cumplan con los requer-

imientos de la dieta y ofrezcan la mayor variedad posible, aportando la energía y los nutrientes necesarios diariamente y repartidos entre todas las tomas. Luego, se establecerá el menú diario para cada uno de los días de la primera semana, buscando el equilibrio y la variedad de alimentos a lo largo de la semana, evitando la repetición de alimentos del mismo grupo en días consecutivos, a menos que se deban consumir diariamente.

Este proceso se repetirá para cada una de las otras cuatro semanas, de manera que no se repitan platos y los platos basados en el mismo grupo de alimentos roten a lo largo de los días. Por ejemplo, si el lunes de la primera semana se sirvió pasta, durante la segunda semana se podrá servir otra elaboración diferente de pasta y en un día distinto, como el martes. Finalmente, se aplicará el plan dietético comenzando por la primera semana y continuando por las siguientes hasta llegar a la quinta (lo que equivale aproximadamente a un mes), y luego se volverá a empezar por la primera semana.

Hay algunas consideraciones a tener en cuenta en el hospital, como la dieta asignada a los pacientes de nuevo ingreso, que previamente se haya concertado con cada unidad de hospitalización, y la comprobación diaria de que la dieta asignada a cada paciente sea la correcta. También es importante diferenciar entre pacientes alérgicos y con alguna aversión a alimentos. En cuanto a los cambios en la dieta, estos tendrán efectos distintos según el momento en que se realicen: si se realizan antes de las 14 horas es un momento clave para las modificaciones en la dieta, ya que las decisiones tomadas en este momento tendrán efecto a partir de la cena de ese mismo día. Por tanto, es importante tener en cuenta este horario a la hora de realizar cambios en la dieta de los pacientes.

Sin embargo, también es posible realizar modificaciones después de las 14 horas. Si se realizan entre las 16 y las 20 horas, las modificaciones serán efectivas a partir del desayuno del día siguiente. Por otro lado, si se realizan antes de las 18:30, estas modificaciones serán efectivas en los desayunos del día siguiente.

En el turno de noche, también se pueden realizar cambios en la dieta, que serán efectivos a partir del almuerzo.

Es importante destacar que, para garantizar la correcta aplicación de las modificaciones en la dieta, es necesario comprobar al menos una vez al día que la dieta asignada a cada paciente es la correcta. Además, también es fundamental diferenciar entre pacientes alérgicos y pacientes con alguna aversión a alimentos.

La elaboración de un plan dietético eficaz requiere una combinación de factores, desde la confección de menús variados y equilibrados hasta la consideración de aspectos prácticos como el horario de modificaciones en la dieta y la comprobación de la dieta asignada a cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del pinche de cocina es fundamental para garantizar una dieta adecuada y variada para los pacientes. La rotación y variabilidad de los menús son factores clave en la nutrición de los pacientes y pueden afectar su recuperación y bienestar. La planificación cuidadosa de la variedad de alimentos, la identificación de las necesidades individuales de los pacientes y la implementación efectiva de los cambios en la dieta son responsabilidades importantes del pinche de cocina.

La calificación y la organización del trabajo son elementos críticos para garantizar que los pacientes reciban una dieta equilibrada y nutritiva. Además, es importante tener en cuenta las consideraciones específicas del hospital, como la dieta asignada a los pacientes de nuevo ingreso, la comprobación diaria de la dieta correcta y la diferenciación entre pacientes alérgicos y con aversiones a alimentos. En resumen, el pinche de cocina tiene un papel clave en asegurar que los pacientes reciban una dieta equilibrada y variada, que es esencial para su bienestar y recuperación.

6 Bibliografía

1. Hernández-Ledesma, B. y Mancilla-Margalli, N. A. (2017). Nutrición clínica en el paciente hospitalizado. [S.l.]: Springer.
2. Comité de Servicios de Nutrición para Beneficiarios de Medicare del Instituto de Medicina (EE. UU.). (2017). Estándares de nutrición para alimentos en las escuelas: liderando el camino hacia una juventud más saludable. National Academies Press (Estados Unidos).
3. Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina. (2019). Nutrición clínica: evaluación y cuidado de pacientes. National Academies Press (EE.UU)

Capítulo 174

LA GESTIÓN DE ALÉRGENOS DE ORIGEN VEGETAL POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

SOLEDAD GARCÍA MAESTRE

JUAN RAMON NAVARRO GONZALEZ

MARÍA TERESA DE LA CRUZ SÁNCHEZ

ÁNGELES ESTER SÁNCHEZ GARCÍA

FERNANDO GARCÍA PEREZ-CEJUELA

1 Introducción

La gestión de alérgenos de origen vegetal en las cocinas hospitalarias es un tema de gran importancia, especialmente cuando se trata de la preparación de dietas y menús para pacientes. En un entorno hospitalario, es fundamental asegurarse de que los alimentos que se proporcionan sean seguros para los pacientes, especialmente aquellos que pueden tener alergias o intolerancias alimentarias.

Los alérgenos de origen vegetal son proteínas presentes en ciertos alimentos que pueden causar reacciones alérgicas en algunas personas. Algunos de los alimentos más comunes que contienen alérgenos de origen vegetal incluyen frutos secos, semillas, soja, trigo y productos derivados de estos.

El papel del pinche de cocina en la gestión de alérgenos de origen vegetal es fundamental, ya que es responsable de la preparación y manipulación de los alimentos en la cocina hospitalaria. Es necesario que los pinches de cocina estén

bien informados sobre los alérgenos de origen vegetal y conozcan las medidas necesarias para evitar la contaminación cruzada, es decir, la transferencia accidental de alérgenos de un alimento a otro.

Además, es importante que los pinches de cocina trabajen de manera colaborativa con los dietistas y nutricionistas para asegurarse de que las dietas y menús que se proporcionan a los pacientes sean seguros y adecuados a sus necesidades.

Los dietistas y nutricionistas deben tener en cuenta las alergias e intolerancias alimentarias de los pacientes y proporcionar una dieta equilibrada y adecuada a sus necesidades nutricionales.

La gestión de alérgenos de origen vegetal en las cocinas hospitalarias es un tema de gran importancia y requiere de un enfoque coordinado entre los pinches de cocina, los dietistas y nutricionistas para garantizar la seguridad alimentaria de los pacientes. Es fundamental que los profesionales involucrados estén bien informados sobre los alérgenos de origen vegetal y tomen las medidas necesarias para evitar la contaminación cruzada y garantizar una dieta equilibrada y adecuada para cada paciente.

2 Objetivos

Exponer los aspectos fundamentales a tener en cuenta en relación con los alérgenos de origen vegetal en una cocina hospitalaria para los pacientes enfermos en la dieta y en los menús hospitalarios por el pinche de cocina

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión de bibliografías 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

Alérgenos de origen vegetal. Aquí se describen tres tipos de alérgenos vegetales: leguminosas, cereales y frutos secos.

- Leguminosas

Las leguminosas son una fuente importante de proteínas, y algunas de ellas tienen capacidad alergénica.

1. Soja: El 90% de las proteínas de la semilla de soja son globulinas y albúminas, y la mayoría de ellas resultan alergénicas. La respuesta alérgica puede darse tanto tras la ingesta como por vía inhalatoria y en ocasiones desaparece de manera espontánea. Se han descrito reacciones cruzadas con los cacahuetes. Además del consumo directo de soja, es importante tener en cuenta que la lecitina de soja se utiliza como emulgente en muchos productos alimenticios, incluyendo aceites vegetales, alimentos infantiles sin lactosa, comida asiática, algunas harinas, aromas naturales y sucedáneos de la carne.

2. Cacahuete: El cacahuete es muy rico en proteínas, que contienen algunos alérgenos potentes. Estas proteínas son termoestables, lo que significa que no se ven afectadas por el calor e incluso pueden intensificar las reacciones durante el tostado del fruto. Se pueden dar reacciones cruzadas entre el cacahuete y otras leguminosas y frutos secos. Alimentos que pueden contener cacahuete incluyen salsas, chocolates y pasteles, cereales para el desayuno, postres, leches vegetales, alimentos infantiles y algunas conservas.

3. Altramuz: El altramuz es una legumbre utilizada en harinas y como sustitutivo de la soja. La alergenicidad de las semillas disminuye con tratamientos a altas temperaturas. Es de la familia de los cacahuetes, y puede producirse reactividad cruzada. Alimentos que pueden contener altramuz incluyen harinas, bollería, chocolate de untar, galletas y pastas.

- Cereales

Las alergias alimentarias por cereales se desarrollan principalmente en las harinas de trigo, cebada, centeno y arroz. Son de origen inhalatorio (asma del panadero) y no por ingestión. Entre los cereales, el trigo es el más alergénico.

Las proteínas del trigo se pueden clasificar en dos grupos: fracción soluble (albúminas y globulinas, que son las más relacionadas con procesos alérgicos) y fracción insoluble (gliadina y glutenina, que son las más abundantes). Pueden darse reacciones cruzadas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los alérgenos de origen vegetal son un problema importante en los hospitales, ya que muchas personas son alérgicas a los productos de origen vegetal y es necesario tener cuidado en la cocina para evitar reacciones adversas. Es importante que los cocineros y pinches en los hospitales estén informados sobre los alérgenos comunes y sepan cómo manipular los ingredientes para evitar

la contaminación cruzada. Además, es necesario llevar un registro exhaustivo de los alérgenos presentes en los alimentos y ofrecer opciones de menú adecuadas para aquellos pacientes con restricciones alimentarias. En resumen, la seguridad alimentaria y la prevención de reacciones adversas deben ser una prioridad en los hospitales y todos los profesionales de la salud deben colaborar para garantizar una alimentación segura y saludable para todos los pacientes.

6 Bibliografía

1. Wensing M, Knulst AC, Blaiss MS, Muraro A, Ong PY, Roberts G, et al. Una visión general mundial de las características clínicas de la sensibilización a alérgenos animales y los trastornos alérgicos asociados. *Alergia*. 2016 Septiembre;71(9):1138-50. doi: 10.1111/all.12954.
2. Cianferoni A, Spergel JM. Una visión general de la alergia alimentaria: una guía práctica para el clínico. *J Alergia Clin Immunol Pract*. 2013 Mar-Abr;1(2):119-26. doi: 10.1016/j.jaip.2012.10.005.
3. Bock SA, Muñoz-Furlong A, Sampson HA. Muertes debidas a reacciones anafilácticas a los alimentos. *J Alergia Clin Immunol*. 2001 Octubre;108(4):641-5. DOI: 10.1067/MAI.2001.11
4. Harada N, Shoda T. Prevalencia de alergias alimentarias en Japón. *Alergia a Asia Pac*. 2013 Diciembre;3(4):225-32. doi: 10.5415/apallergy.2013.3.4.225.
5. Knulst AC, Alcaraz I, Blanco C, Cardona V, Castells M, Cruz MJ, et al. Prevalencia de alergia alimentaria en Europa: una revisión sistemática y metanálisis. *Alergia*. 2015 Noviembre;70(11):1372-80. DOI: 10.1111/all.12706.

Capítulo 175

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA. FUNCIONES

EVA MORENO BASTANTE

CARLOS JESUS ANDRADE MORENO

ISRAEL MARCHAN LAFUENTE

PAOLA ALMODÓVAR CARDENAS

MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE

1 Introducción

El servicio de Lencería hospitalaria, es de suma importancia en los hospitales, puesto que su función es garantizar la disponibilidad de ropa de cama, aseo, así como de vestuario y uniformes, en las correctas condiciones de higiene, calidad, y cantidad, así como puntualidad para poder abastecer a todos los servicios y unidades que conforman un hospital.

Todas las prendas utilizadas en un hospital han de cumplir las condiciones higiénicas necesarias para garantizar que no se propaguen infecciones, y la vez que esté en óptimas condiciones y conserve sus propiedades naturales como son la capacidad de absorción, suavidad y resistencia.

La Unidad de Lencería se ocupa de la gestión, control y seguimiento del abastecimiento de ropa para:

- El paciente (camisones y pijamas, sábanas, entremetidas, colchas, almohadas, toallas)

- Lencería necesaria para las Unidades y Servicios asistenciales como: quirófanos, consultas, salas de exploración, pruebas específicas como endoscopias, ginecología...
- Lencería para el personal de los distintos servicios: uniformes, batas, equipos de protección individual (EPIS)...

La función del servicio de lencería y lavandería consiste en el aprovisionamiento, previsión y distribución de prendas, así como en la supervisión, control y recogida de ropa sucia, transportándola, lavándola y reponiéndola, todo ello con supervisión y siguiendo unos controles específicos de higiene y adecuación. Repararán cualquier desperfecto para que la ropa siga siendo útil.

La ropa estéril es el servicio de esterilización el que se encarga de suministrarla. Es el empleado en quirófano, los paños y sábanas, así como las batas de los cirujanos.

En el servicio de lencería hospitalaria trabajan diferentes profesionales como celadores y costureras, bajo la supervisión de una gobernanta.

El servicio de lencería en un hospital requiere que esté perfectamente disponible en todo momento para el paciente y el profesional, contando con suficiente abastecimiento para el suministro del hospital.

Existen máquinas expendedoras de pijamas a las que los trabajadores del centro tienen acceso a través de unas tarjetas personales.

2 Objetivos

- Exponer las características y funciones del servicio de lencería hospitalaria.
- Identificar y enumerar las distintas funciones de la figura del celador en este servicio.

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 función básica del servicio de lencería es suministrar la ropa necesaria a las distintas unidades de un hospital, presentado la ropa en condiciones higiénicas y de confort. También controlará los costes de las prendas, conociendo los factores que influyen negativamente en la prenda para poder así respetar el mantenimiento del textil.

En el servicio de lencería los celadores pueden realizar diversas funciones: Recepcionar la ropa limpia que viene del servicio de lavandería del propio hospital o de servicios de lavandería contratados externamente. Estos carros se suelen recibir a primera hora de la jornada, el celador irá sacando de los carros las prendas y las irá colocando en sus correspondientes estanterías, ya que recibe diferentes prendas que ha de clasificar como: uniformes, sábanas, almohadas, pijamas, camisones, mantas, colchas...

Los uniformes de los trabajadores los irá colocando según color y talla. Normalmente cuando un trabajador lleva más de un año en el hospital, se le asignan dos uniformes propios, con su nombre, apellidos y categoría profesional grabados en los mismos. Al personal que no tenga contratos de larga duración, se le dotará de uniformes de sustitución de uso común.

El personal tiene unos horarios a lo largo del día para recoger sus uniformes y será un celador el encargado de suministrarles dichos uniformes o se hará mediante máquinas expendedoras mediante tarjetas identificativas.

El celador de lencería preparará los carros de ropa limpia diariamente según las necesidades de cada servicio y los repartirá.

También recogerá los carros de ropa sucia de los distintos servicios y unidades hospitalarias, provisto de guantes, bajando la ropa en sacos cerrados y estos a su vez en jaulas, destinadas exclusivamente para ropa sucia, en su ascensor correspondiente, dejando dichas jaulas en la sección destinada para ropa sucia del servicio de lavandería, procurando que las bolsas estén debidamente cerradas, recogiendo las jaulas vacías para su debida desinfección.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de los centros hospitalarios encargados de las prendas y el vestuario son la lavandería, lencería y costura, están dirigidas por Gobernantas, que organizan, supervisan y distribuyen las tareas a realizar por el personal. En el servicio de lavandería se procesa la ropa sucia y contaminada para dejarla en

óptimas condiciones de higiene, el servicio de lencería realiza la clasificación y distribución de las prendas así como del control del almacén de ropa y el servicio de costura es el encargado del etiquetado, reparación y confección de las prendas. Las funciones de los celadores en estos servicios pueden variar dependiendo de la gerencia de cada hospital siendo las más usuales la dispensación, recogida y entrega de las prendas.

Es muy importante que el servicio de lencería esté coordinado con el servicio de lavandería, ya que de ello depende el buen abastecimiento del hospital.

Existen máquinas expendedoras de ropa de trabajo al que los trabajadores tienen acceso a través de una tarjeta personal. Podrán disponer de dos o tres trajes que tendrán que devolver a otra máquina para su lavado. Según vayan utilizando tendrán que devolver para poder disponer de ropa limpia.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Actuación y funciones del celador en el área de lencería y lavandería hospitalaria. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2022 [citado el 17 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://revistamedica.com/actuacion-funciones-celador-area-lenceria-lavanderia-hospitalaria/>.
2. El celador en el Servicio de Lencería del Hospital [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2021 [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/celador-servicio-lenceria-hospital/>.

Capítulo 176

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

EVA MORENO BASTANTE

MARÍA SOLEDAD ZAPATA POBLETE

CARLOS JESUS ANDRADE MORENO

ISRAEL MARCHAN LAFUENTE

PAOLA ALMODÓVAR CARDENAS

1 Introducción

Radiología es la rama de la medicina que utiliza las imágenes para diagnosticar una enfermedad. El físico alemán Wilhelm Conrad Roentgen fue quien descubrió los rayos X en 1895, naciendo el diagnóstico médico por imágenes lo que ocasionó una gran mejora en el ejercicio de la medicina.

Los tipos más comunes de examen que existen son: TAC, Resonancia magnética, Mamografía, Medicina Nuclear, Radiografías simples.

El celador será el encargado de llevar al paciente al servicio de radiología, donde le estarán esperando para llevar a cabo el diagnóstico. Debe informar al paciente de donde lo lleva y lo que le van a hacer. Generalmente son dirigidos desde el servicio de urgencias, para lo cual empleará camilla, o silla de ruedas para su traslado.

En este caso es el celador de urgencias quien lo lleva hasta el servicio de rayos donde lo espera el celador del servicio que lo ayudara en la colocación del paciente.

En los casos de pacientes ingresados que precisan este servicio, es el propio celador de rayos el que sube a la habitación a recogerlo para posteriormente volverlo a dejar en ella.

En el supuesto que el paciente no sea factible llevarlo por su estado, será el celador quien empuje el aparato portátil de rayos hasta el lugar donde se encuentre el paciente para su realización, acompañado por el técnico de rayos que será en encargado de hacer la operación.

En la UCI son los técnicos los que acuden diariamente y tantas veces como sean solicitados a hacer las placas con en el aparato de rayos que está en la unidad. En esta unidad son los celadores del servicio los que movilizan al paciente para la realización de la prueba.

Hay pacientes que acuden al servicio derivados por el propio centro de salud, y son ellos mismos lo que van solos y allí el celador del servicio les instruye sobre lo que tiene que hacer.

2 Objetivos

Conocer, enumerar y detallar las funciones a realizar por los celadores en el servicio de radiología para desempeñarlas correctamente su trabajo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo para la realización del siguiente capítulo una búsqueda y recopilación de información en páginas especializadas con la temática que se desarrolla en el artículo utilizando palabras claves como: radiología, celador, funciones.

Nos hemos basado también en experiencias personales y de compañeros en el desarrollo de su trabajo.

4 Resultados

Tanto el equipo sanitario como no sanitario en este caso el celador deben de ser organizados evitaremos en la medida de lo posible esperas innecesarias al

paciente establecer un procedimiento de actuación ante la petición de placas de Rayos de Urgencias.

Las principales funciones del celador destinado en este servicio son:

Trasladar a los pacientes desde la planta de hospitalización correspondiente y desde el servicio de urgencias al servicio de radiología, junto con la historia clínica que será facilitada por el personal de Enfermería. Debe tener en cuenta la correcta identificación del paciente, así como comunicar al personal de enfermería su traslado y consultar el medio de transporte (silla, cama, etc.), comprobar si tiene algún tipo de aislamiento para tomar las medidas de protección necesarias, comunicar al paciente a donde va a ser trasladado o asegurar durante el traslado que sueros, vías, sondas, bala de oxígeno..., van en condiciones adecuadas. Una vez dentro de la sala de rayos ayudará al técnico superior de imagen a colocar adecuadamente al paciente, especialmente los que están inconscientes o con capacidad de movilidad reducida.

Lo fundamental para ser un buen profesional y extensible a todo el colectivo sanitario, y no sanitario como es el caso de los celadores es:

Tener paciencia, capacidad para tolerar, atravesar o soportar determinadas situaciones que se producen en nuestra actividad diaria sin experimentar nerviosismo ni perder la calma.

Saber escuchar, el que escucha con atención proyecta una imagen de respeto y eso los pacientes lo agradecen.

Empatía entendiendo sus problemas y emociones, intentar ponerse un poco lugar del paciente.

El celador es un eslabón más de la cadena sanitaria, y su buen hacer y profesionalidad también influye en la opinión final que el paciente se lleve de la asistencia sanitaria recibida.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de radiología es uno de los más demandados dentro de los centros hospitalarios, en él se realizan todas las pruebas de imagen que ayudan a diagnosticar para su posterior pronóstico y tratamiento de las enfermedades. Es un servicio con una gran carga de trabajo que para su correcto funcionamiento debe llevar una organización y sincronización de todo el equipo que desempeña su trabajo en él. El celador es una pieza fundamental y debe tener una formación adecuada para el correcto desempeño de su trabajo.

Suele ser un servicio en el que el celador tiene turno de mañana y tarde, por

tanto será el celador de cada servicio el que lleve a cabo sus funciones una vez finalizado el turno. Esto es que si surge una radiografía a lo largo de la noche el celador de planta será quien se encargue del traslado del paciente o de recoger el aparato de rayos portátil para su uso en planta.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Funciones del celador en el servicio de Radiología. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2022 [citado el 17 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-radiologia/>
2. El celador en el Servicio de Rayos de Urgencias [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2021 [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/servicio-rayos-urgencias/>
3. Funciones del Celador en las distintas Áreas o Servicios - Celadores.org [Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm

Capítulo 177

LA FIGURA DEL CELADOR Y LA VIGILANCIA DEL COMPORTAMIENTO DE LOS ENFERMOS Y DE LOS FAMILIARES

MARIA JOSÉ ARENAS DE LAMO

1 Introducción

La vigilancia del comportamiento de los enfermos y de los familiares es de gran importancia en un entorno hospitalario para asegurar la seguridad del paciente. Los pacientes hospitalizados pueden estar en un estado de vulnerabilidad y dependencia, por lo que es importante que se les proteja de cualquier comportamiento inapropiado que pueda poner en peligro su seguridad o su salud. La vigilancia del comportamiento de los pacientes y de sus familiares puede ayudar a prevenir situaciones de riesgo, como caídas, accidentes o agresiones.

En algunos casos, los pacientes o sus familiares pueden presentar comportamientos violentos o agresivos hacia el personal sanitario u otros pacientes. La vigilancia del comportamiento puede ayudar a detectar y prevenir estas situaciones, garantizando un entorno seguro para todos. En un entorno hospitalario existen normas y protocolos que deben ser cumplidos por pacientes y visitantes, como la limitación de visitas o el uso de mascarillas. La vigilancia del comportamiento puede ayudar a garantizar el cumplimiento de estas normas, asegurando así la salud y el bienestar de todos (1).

Los pacientes y sus familiares pueden sentirse desorientados o desconcertados durante su estancia en un hospital. La vigilancia del comportamiento puede ayu-

dar a identificar las necesidades y preocupaciones de los pacientes y sus familiares, permitiendo al personal sanitario ofrecerles la ayuda y el apoyo necesarios para adaptarse al entorno hospitalario.

En resumen, la vigilancia del comportamiento de los enfermos y de los familiares es esencial para garantizar la seguridad, la salud y el bienestar de todos los implicados en un entorno hospitalario.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:

1.Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el celador en la vigilancia del comportamiento de los enfermos y familiares.

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 vigilancia del comportamiento de los pacientes y sus familiares es un aspecto crítico de la atención médica. En un entorno de atención médica, los pacientes y sus familiares pueden experimentar una amplia gama de emociones y comportamientos, desde la ansiedad y la tristeza hasta la agitación y la ira. La vigilancia cuidadosa de estos comportamientos puede ayudar a garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes y del personal médico.

La vigilancia del comportamiento de los pacientes es importante porque puede ayudar a los médicos y al personal sanitario a identificar problemas de salud mental o emocional que puedan afectar la atención médica del paciente. Además, la vigilancia del comportamiento de los pacientes también puede ayudar a prevenir la violencia o la agresión en el entorno de atención médica.

Por otro lado, la vigilancia del comportamiento de los familiares de los pacientes es importante para garantizar que se cumplan las normas de comportamiento en

el entorno de atención médica y que se eviten situaciones potencialmente conflictivas. La vigilancia cuidadosa del comportamiento de los familiares también puede ayudar a identificar cualquier necesidad adicional de apoyo emocional o asesoramiento (2).

El papel del celador en un entorno hospitalario es fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes, el personal médico y los visitantes. Entre sus tareas, se encuentra la de vigilar el comportamiento de los enfermos y sus familiares, siempre dentro de los límites de su función y sin invadir su privacidad.

El celador tiene un papel importante en la prevención de situaciones de riesgo para los pacientes, por lo que debe estar atento a cualquier signo de comportamiento inadecuado por parte de los visitantes o de los propios pacientes. En casos de pacientes con trastornos psiquiátricos o demencia, por ejemplo, el celador debe ser especialmente cuidadoso en su vigilancia, para evitar situaciones de riesgo para ellos mismos o para los demás (3).

Además, el celador también puede ayudar a los pacientes y a sus familiares en su adaptación al entorno hospitalario, facilitando información sobre los horarios de visitas, las normas de comportamiento en el centro, y cualquier otra cuestión que pueda resultarles útil durante su estancia.

En definitiva, el papel del celador en la vigilancia del comportamiento de los enfermos y sus familiares es fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los implicados en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la figura del celador es fundamental en un entorno hospitalario para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes, el personal sanitario y los visitantes. La vigilancia del comportamiento de los enfermos y de sus familiares es una de las tareas principales del celador, ya que puede prevenir situaciones de riesgo para los pacientes, evitar comportamientos violentos o agresivos, garantizar el cumplimiento de las normas y ayudar en la adaptación al entorno hospitalario.

Es importante que el celador realice esta vigilancia con respeto a la privacidad y los derechos de los pacientes y sus familiares, siempre dentro de los límites de su función. En definitiva, el papel del celador en la vigilancia del comportamiento es esencial para garantizar la calidad asistencial en los hospitales.

6 Bibliografía

1. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm
2. <https://dioposiciones.com/wp-content/uploads/2018/01/Explicaci%C3%B3n-Tema-2.1-Celador-del-SES.pdf>
3. <https://revistamedica.com/celador-vigilancia-centro-hospitalario/>

Capítulo 178

LAS BUENAS PRÁCTICAS DE MANIPULACIÓN EN LA COCINA HOSPITALARIA Y EL PINCHE

ANTONIO COLMENERO COLMENERO

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

DOMINGO MARTÍN SANCHEZ

CONCEPCION CARRION CANDEL

PABLO RUEDA DEBLAS

1 Introducción

La alimentación adquiere un significado especial en el ámbito hospitalario porque los pacientes deben recibir una alimentación adecuada y entregada de manera oportuna, cómoda y confortable. Por supuesto, se utiliza el máximo rigor sanitario.

Todos los empleados de la cocina del hospital, incluida la función del ayudante de cocina, deben extremar las precauciones para asegurarse de que la comida que se sirve sea de la más alta calidad, sino que también actúe con la máxima limpieza, evitando contaminaciones.

Es fundamental que la persona que manipula los alimentos sea consciente de la higiene personal porque es crucial para prevenir intoxicaciones alimentarias y otras enfermedades dentro de la cocina.

Se preparan y sirven grandes cantidades de alimentos destinados a los hospitales. Los pacientes tienen más probabilidades de contraer una enfermedad o intoxicación alimentaria debido a su frecuente desnutrición o inmunosupresión.

Es por ello que la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos requiere la adopción de medidas institucionales de higiene individual y grupal, limpieza diaria y desinfección de herramientas, así como de las áreas de producción, preparación, desratización y desinsectación.

La higiene de los alimentos, según la OMS, es el “conjunto de medidas necesarias para garantizar la salubridad, la inocuidad y el buen estado de los productos destinados a la alimentación, en todas las etapas de su elaboración”.

Debido a procedimientos inadecuados de manejo y/o almacenamiento, la contaminación de los alimentos puede ocurrir en cualquier momento, no solo durante la preparación y distribución. Para mantener una buena higiene, es necesario seguir las reglas de las técnicas de manejo utilizadas durante cada etapa del proceso, desde la materia prima hasta la ubicación.

2 Objetivos

- Potenciar los conocimientos de los manipuladores de alimentos en la cocina del hospital en cuanto a las técnicas adecuadas de higiene y manipulación de alimentos.
- Aumentar la conciencia de los riesgos alimentarios que pueden surgir al manipular los alimentos y fortalecer las habilidades para detectarlos durante la realización de tareas rutinarias.

3 Metodología

Varias fuentes de información científica y bases de datos, incluidas revistas científicas, comunicaciones, tanto en línea como en formato de libro (PubMed, Scielo), se buscaron y revisaron de manera sofisticada, metódica y exhaustiva.

De acuerdo con los descriptores de las ciencias de la salud, se incluyeron todos los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

4 Resultados

Las fases subsiguientes deben manejarse adecuadamente:

1. Transporte de vehículos: La caja de almacenamiento de alimentos en el camión debe estar separada de la cabina del conductor. La temperatura del recipiente de almacenamiento debe coincidir con la que requiere el alimento para su correcta conservación. Productos que se congelan entre -14 y 18 grados y los que se refrigeran hasta 7 grados. Los envases de alimentos deben estar hechos con materiales que hayan sido aprobados por el Ministerio de Salud y el vehículo debe estar siempre limpio. El transportista vestirá ropa de colores claros para la carga y descarga de alimentos perecederos.

2. Recepción de alimentos: Verifique la documentación adjunta, asegúrese de que los envases y empaques estén intactos y verifique las etiquetas.

3. Toda la comida se almacenará en estantes que estén a unos 30 centímetros del suelo, organizados por clase. Los artículos en los estantes que estén visibles serán los que estén más cerca de caducar. El frío se mantendrá en congeladores y cámaras frigoríficas.

4. La preparación de alimentos: Es el proceso de preparación de alimentos para cocinar mediante la realización de cualquier tarea en un espacio o lugar designado como cámara frigorífica.

Para la figura del pinche de cocina, esta es una posición típica. Reevaluaremos el alimento para asegurarnos de que las fechas de consumo sean precisas y que mantenga sus propiedades. Las áreas utilizadas para la preparación no se utilizarán como lugar de almacenamiento.

5. Preparación de los alimentos: Durante esta etapa, es importante asegurarse de que los alimentos mantengan su valor nutricional equilibrando la duración e intensidad del tratamiento térmico con la conservación de esa calidad.

La comida estará higiénicamente segura de esta manera.

6. Emplatado y servicio: Tenga cuidado de no tocar ningún artículo no relacionado, como dinero o suministros usados, ya que podrían estar contaminados. Una vez que la comida esté cocida, sirva de inmediato. Para evitar el uso de las manos, utilizaremos los utensilios adecuados para su colocación. Se requiere conservar muestras de control, que son ejemplos de menús anteriores creados en una cocina.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos recordando a los pinches de cocina de los hospitales que son manipuladores de alimentos y que este puede ser una importante fuente de contaminación, y que la piel, las manos, la nariz, la boca, las orejas y el cabello son partes del cuerpo que requieren un cuidado especial. Tenga cuidado al manipular los al-

imentos. Cada producto debe ser tratado de forma diferente según sus características. Este proceso es posible gracias a una combinación de equipos que reduce los tiempos de manipulación y almacenamiento y promueve una alta eficiencia. Necesitamos saber que los gérmenes están en todas partes. Necesitamos confirmar su existencia desarrollando tratamientos para eliminarlos.

6 Bibliografía

-<http://162.243.26.97/un/index.php/un/article/Viesques/16>
-<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Capítulo 179

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA COCCIÓN AL VACÍO

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

DOMINGO MARTÍN SANCHEZ

CONCEPCION CARRION CANDEL

PABLO RUEDA DEBLAS

ANTONIO COLMENERO COLMENERO

1 Introducción

El papel del pinche de cocina en la cocina del hospital es crucial. Él o ella está a cargo del uso de sus habilidades y conocimientos de la manipulación y preparación de alimentos. La cocción al vacío es una de las habilidades más cruciales que deben dominar.

La cocción al vacío se caracteriza por un largo proceso de cocción a baja temperatura. Al eliminar la necesidad de aire durante la cocción, los alimentos pueden conservar su sabor, textura y color naturales.

Además todos los alimentos cocinados en un recipiente sellado desarrollan un ambiente húmedo que podrá ayudar a que se cocinen uniformemente y produzcan los mejores resultados.

Para realizar una buena cocción al vacío eficiente, el pinche de cocina del hospital debe ser capaz de seguir todos los procedimientos prescritos. La regulación comienza con la elección de los ingredientes y se extiende al envasado, desaireación y sellado.

En las cocinas de los hospitales, la cocción al vacío es una técnica fundamental que ayuda a conservar las cualidades naturales de los alimentos y conseguir una cocción uniforme. La presencia del pinche de cocina es crucial para la eficacia de esta técnica y para asegurar que los pacientes reciban una dieta nutritiva del más alto calibre.

2 Objetivos

Explicar en detalle las características y especificidades de la cocción al vacío en un entorno hospitalario utilizando el ejemplo del pinche de cocina del hospital.

3 Metodología

Este trabajo ha sido elaborado a través de una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se seleccionaron artículos científicos de publicaciones académicas arbitradas a través de una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos y el motor de búsqueda Google Scholar.

4 Resultados

La frescura y la calidad de los alimentos se conservan utilizando una variedad de técnicas de envasado al vacío en las industrias médica y culinaria. Las técnicas más populares se explican en detalle a continuación:

- Vacío estándar: Esta técnica se utiliza para productos crudos, curados o marinados que no tienen un hueso o una espina. Antes de termosellar la bolsa, se saca el aire de la bolsa de 100 micras que las contiene. Embutidos, salmón marinado en salsa y entrecot son algunos ejemplos.
- Vacío continuo: este procedimiento se usa típicamente para alimentos sustanciales que se cocinarán dentro de la bolsa. El tiempo de acción de vacío se extiende a obtener un embalaje adecuado. Los que me vienen a la mente son el jamón dulce y la lengua escarlata.

- Vacío para productos calientes: Esta técnica se utiliza para productos cocidos calientes porque el menor contenido de oxígeno significa que se necesita menos tiempo de vacío. La salsa y los salteados son dos ejemplos.
- Vacío compensado: Este método se utiliza para productos delicados y consistentes, tanto crudos como cocidos, que deben mantener su forma original. La bolsa se aspira hasta un vacío completo y luego se le inyecta un gas o una mezcla de gases antes de sellarla con calor. Se utilizan nitrógeno, oxígeno y dióxido de carbono solos o en combinación con otros gases. Pasteles, hojaldres y ensaladas son algunos ejemplos.

Según la cantidad de agua en el alimento y el método de envasado al vacío, los alimentos se pueden dividir en tres categorías generales:

1. Productos secos:

El nitrógeno se agrega al aire en el paquete antes de que se selle para reemplazar el oxígeno en productos con poco contenido de agua y donde la oxidación es el problema principal. El café, las papas fritas y las nueces son algunos ejemplos.

2. Mercancías con contenido moderado de agua:

Estos productos tienen problemas con la oxidación, así como con el crecimiento de bacterias y moho. Para controlar el crecimiento bacteriano se utiliza una mezcla de N₂ y CO₂. Para evitar la oxidación y el desarrollo de bacterias y mohos, estos productos deben almacenarse a bajas temperaturas (entre 0 y 2 °C).

3. Productos con mucha agua:

Es necesario superar una serie de obstáculos para preservar y mantener la calidad de los alimentos, en particular de la carne. Uno de los mayores problemas es la oxidación porque tiene un impacto en el color del producto, que es una consideración crucial para los clientes al momento de realizar sus compras. Aunque la oxidación puede producir una, la hemoglobina es lo que le da al producto el color rojo deseado por los consumidores. Su frescura y calidad sufrirán al igual que su cambio de color.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, se puede decir desde la perspectiva del pinche de cocina hospitalaria que la correcta manipulación de los productos tratados y preparados mediante cocción al vacío es una técnica fundamental en la industria alimentaria, ya que permite alargar la vida útil de los productos, alimentos y estilos musicales para potenciar sus cualidades organolépticas. El trabajador se representa como ayudante de cocina del hospital.

Tener las habilidades de gestión adecuadas, la formación y un conocimiento profundo de los métodos de cocción sous-vide es fundamental para garantizar la alta calidad de los productos y la seguridad alimentaria durante todo el proceso.

6 Bibliografía

- www.scielo.org
- Pubmed

Capítulo 180

EL PINCHE DE COCINA Y LAS IMPORTANTES NORMAS HIGIÉNICO-SANITARIAS QUE HAY QUE SEGUIR EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

DOMINGO MARTÍN SANCHEZ

CONCEPCION CARRION CANDEL

PABLO RUEDA DEBLAS

ANTONIO COLMENERO COLMENERO

1 Introducción

La nutrición que se brinda en los hospitales es del tipo más complicado. La interacción de los distintos servicios (médico, enfermería, nutrición, compras, cocina, mantenimiento, etc.) Es solo uno de los muchos factores que intervienen en ello. El paciente debe recibir un menú personalizado; esto debe hacerse simultáneamente; El clima; y otros factores. La dieta se cambia con frecuencia para adaptarse a los requisitos del tratamiento. Para preparar, conservar, terminar y servir platos sencillos, realice las operaciones básicas necesarias.

En la industria de fabricación de cocinas, seguimos los estándares de calidad establecidos y tomamos precauciones contra los riesgos ambientales, laborales y de salud. Cualquier cocina es un lugar de trabajo donde se requieren los más altos estándares de higiene y saneamiento. En cuanto a la prevención de accidentes de trabajo, este tipo de regulación salvaguarda no solo la salud de los propios trabajadores sino también la de los consumidores de los productos que allí se elaboran. Debido al vulnerable estado de salud de los clientes, su ubicación en instalaciones médicas y el volumen de personas que lo hacen, el cumplimiento de estas normas se vuelve más crucial en las cocinas de los hospitales.

Ofrecen servicio diario. Como resultado, para llevar a cabo sus funciones, los miembros del personal del hospital deben conocer las leyes pertinentes.

La Comisión Europea publicó un libro blanco sobre seguridad en 2000.

Esta prioridad estratégica está contenida en Alimentaria. Entre estos objetivos, alcanzar el nivel más alto de seguridad alimentaria dentro de la Unión Europea es uno de los objetivos principales. El lema principal de la empresa es garantizar la seguridad alimentaria integral en todo el proceso, "de la granja a la mesa", para salvaguardar significativamente la vida y la salud de las personas.

2 Objetivos

- Enumerar las leyes que se aplican en el ámbito de las cocinas hospitalarias.
- Resaltar las disposiciones fundamentales de las normas antes mencionadas.

3 Metodología

Para realizar la revisión bibliográfica se han utilizado búsquedas en las bases de datos Pubmed/Medline, Scielo y Google Scholar. Los términos higiene, saneamiento, ayudante de cocina, cocina de hospital y cocina se han utilizado como terminología estándar los hospitales y leyes. Los resultados en español que se han publicado recientemente han sido seleccionados entre todos los resultados en otros idiomas.

4 Resultados

Se logra un alto nivel de protección de la vida y la salud al garantizar la seguridad alimentaria completa durante todo el proceso "de la granja a la mesa".

En los llamados paquetes, las reglas están incluidas.

Esta regla establece algunas pautas fundamentales. La seguridad alimentaria es principalmente responsabilidad de la industria alimentaria. La protección de los alimentos se deben garantizarse comenzando con la producción primaria y continuando a lo largo de toda la cadena alimentaria. Los alimentos que no se pueden almacenar de forma segura a temperatura ambiente deben mantenerse en la cadena de frío. Utilice los principios y técnicas de análisis de peligros y puntos críticos de control (HACCP) en una aplicación común basada en buenas prácticas de higiene. Para ello es necesaria una fuerte orientación práctica. Las evaluaciones científicas de riesgos forman la base de los requisitos microbiológicos y de temperatura.

Leyes nacionales:

Las ideas esenciales que debe comprender en este campo están definidas por las normas nacionales y europeas, así como por los manuales de buenas prácticas. La higiene alimentaria es el proceso de controlar los riesgos en los alimentos y garantizar que los alimentos sean seguros para el consumo humano teniendo en cuenta el uso previsto de los alimentos.

- Mercancías: bienes como bienes inmuebles, ganado, caza y pesca.
- Establecimiento de la instalación: cualquier división de la empresa involucrada en la industria alimentaria.

El curado se refiere a la modificación significativa del producto original, como la salazón, el ahumado o el tratamiento térmico.

- Riesgos: La probabilidad de que se materialicen efectos desfavorables para la salud y la gravedad de dichos efectos.

Como hemos visto, la especificación es aplicable a cada paso del proceso de fabricación, desde el campo hasta la mesa. Nos concentraremos en áreas como la preparación de alimentos en nuestra situación como asistente de hospital, habitaciones utilizadas en la preparación del tratamiento y durante el mismo, así como cocinas hospitalarias.

Las superficies de paredes, techos y pisos deben ser fáciles de limpiar, higiénicas y en buenas condiciones constantes.

- Ventanas y puertas.
- Los mosquiteros de fácil limpieza y esterilización no recogen fácilmente la suciedad.
- La limpieza, la esterilización y el mantenimiento de las herramientas y equipos de trabajo deben realizarse con instalaciones adecuadas. Excepto para uso individual, todos los elementos, instalaciones y equipos que entren en contacto con los alimentos deberán limpiarse y desinfectarse con la frecuencia necesaria para reducir el riesgo de contaminación. Con el fin de disponer adecuadamente los

sobrantes y restos de alimentos en beneficio del medio ambiente, debiendo ser retirados a la mayor brevedad posible y almacenados en las instalaciones destinadas al efecto.

- Cualquier agua, ya sea líquida, hielo o vapor, que entre en contacto con los alimentos debe ser potable.
- Todos los empleados que trabajen en áreas donde se manipulen alimentos deberán practicar una estricta higiene, vestir apropiada y ordenadamente y, cuando sea necesario, usar equipo de protección. Además, las empresas de alimentos son responsables de garantizar el cumplimiento de todas estas reglamentaciones, así como de la instrucción, supervisión y orientación de los manipuladores de alimentos.

5 Discusión-Conclusión

A partir del análisis de todos estos datos, se han realizado una serie de propuestas de soluciones globales que podrían abordar mejor las necesidades y tareas, teniendo en cuenta el nivel de servicio necesario y el equilibrio entre inversión y costes de desarrollo de una variedad de instalaciones médicas. Las normativas europeas, así como las leyes y directrices nacionales para las distintas profesiones, establecen las normas que representan un comportamiento ético en la cocina. Estas normas tienen un impacto en el trabajo diario de los cuidadores como manipuladores de alimentos. Para cumplir con las leyes vigentes en el desempeño de sus funciones, los pinches de cocina deben conocerlas.

6 Bibliografía

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subseccion/principios_y_requisitos.htm.

Capítulo 181

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: SISTEMA OMI DE UN HOSPITAL

MARIA TERESA FUENTES DOMÍNGUEZ

ALEJANDRO RODRIGUEZ SANCHEZ

AURORA FERNÁNDEZ CASTILLEJO

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

NEREA GARCÍA DE LA TORRE

1 Introducción

La tecnología e internet son las herramientas fundamentales del auxiliar administrativo, por lo que se le debe enseñar a utilizarlas.

La tecnología que utilizan en el trabajo se utiliza para recopilar información, buscar información o ingresar información para que los usuarios puedan obtener la información que necesitan.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) también se utilizan para describir la fusión de redes informáticas con redes audiovisuales, telefónicas y de otro tipo a través de un solo sistema de cableado o enlace. El uso de un sistema único y unificado para el cableado, la distribución de señales y la

gestión permitiría combinar económicamente los sistemas de redes telefónicas y redes informáticas. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación es una frase amplia que cubre todas las formas de tecnología de comunicación, como radio, televisión, teléfonos celulares, hardware de computadora y red, sistemas satelitales, etc. junto con las diferentes herramientas y servicios que brindan, como videoconferencia y educación en línea.

El Departamento de Defensa de los Estados Unidos estableció la Red de Agencias de Proyectos de Investigación Avanzada (ARPANET) con el objetivo de conectar todas las agencias de la nación. Fue a través de ARPANET que nació Internet. Poco después, comenzaron a aparecer el correo electrónico y otras herramientas basadas en Internet; el asistente administrativo ahora solo necesita usar estos para llevar a cabo correctamente sus funciones laborales.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de adicciones que pueden afectar a un auxiliar administrativo que trabaje en el ámbito de las tecnologías de la información y la comunicación.

3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica sobre publicaciones en Internet, la cual nos dirigió a bases de datos donde podemos agregar información sobre la adicción que las tecnologías de la información y la comunicación pueden causar en los auxiliares administrativos. Bases de datos utilizadas para la investigación: Medline, Scielo y Cochrane Library son ejemplos.

4 Resultados

- Aunque no se limita a este colectivo, cualquiera puede volverse adicto a estas tecnologías, nuestra revisión bibliográfica nos ha impulsado a dar respuesta a la adicción que se puede desarrollar en las TIC en el auxiliar administrativo. También notaron una desorganización en el trabajo, falta de atención al usuario, hiperactividad y síntomas gastrointestinales. Los síntomas ante la presencia de un auxiliar administrativo adicto a las TIC suelen aparecer apenas se encuentra simplemente en el trabajo y dedica tiempo a levantar el celular o a realizar búsquedas en internet que no tienen nada que ver con sus funciones laborales.

Aislamiento de los demás para que puedas seguir usando las TIC como una droga de adicción, que te hace respirar rápido.

Además, experimentará el Síndrome de Windows, que es cuando tiene un montón de ventanas abiertas en el escritorio de su computadora para todo lo que alguna vez ha podido consultar.

Si es en horario laboral, no puede concentrarse porque se distrae con otros temas.

- El tecnoestrés, término que incluso ha aparecido como palabra clave en la búsqueda bibliográfica, ha sido utilizado por algunos autores para describir la adicción a las TIC.

- Los teléfonos móviles, también conocidos como teléfonos celulares, son medios inalámbricos de comunicación a través de ondas, y los autores de numerosos artículos encontrados nos enseñan que son los que más adicción pueden producir electromagnético. Las adicciones a los smartphones, que son más competitivos de lo que puede ser la telefonía móvil, también son muy comunes. Estos dispositivos son conocidos como clientes de este tipo de red.

Por supuesto, el asistente administrativo también utiliza una computadora, la cual tiene instalado acceso a internet y puede descargar, programar y consultar información.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que trabaja como un profesional que usa una computadora y programas que pueden convertirlo en un pasatiempo, el sujeto es un asistente administrativo adicto a las TIC.

Es una patología que entra dentro de la salud mental y necesita ser tratada con baja laboral. Si no toma esa licencia, lo trasladarán a otro departamento donde no dependerá de computadoras u otros dispositivos que son desintoxicantes además de los que lo son, y no podrá usarlos. Deberá someterse a terapias que lo ayuden a darse cuenta de que la computadora en su línea de trabajo es una herramienta, no un juguete.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.

Capítulo 182

LA LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE FARMACIA Y SUMINISTROS

MARIA TERESA FUENTES DOMÍNGUEZ

ALEJANDRO RODRIGUEZ SANCHEZ

AURORA FERNÁNDEZ CASTILLEJO

NEREA GARCÍA DE LA TORRE

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

1 Introducción

Es importante recordar que los hospitales están obligados a contar con servicios o unidades de farmacia hospitalaria que cumplan con los requisitos mínimos establecidos por la ley.

La incorporación de unidades de farmacia requiere eso.

- Farmacéuticos, auxiliares de enfermería, enfermeros (DUE) y farmacéuticos internos residentes (FIR).
- Celadores y auxiliares administrativos.

La principal responsabilidad del servicio de farmacia de cualquier hospital es mantener a mano los medicamentos y otros productos farmacológicos para que puedan ser entregados a los pacientes que han sido ingresados en las unidades

de hospitalización, además de aquellos que lo necesiten de forma ambulatoria. A continuación, se enumerarán las tareas que se realizan dentro de la farmacia:

1. preparación y distribución de:

- Formulaciones maestras y soluciones desinfectantes.
 - Nutrición parenteral.
 - Los medicamentos se dispensarán a los distintos servicios bien a partir de reservas o bien en monodosis.
 - Material estéril relacionado con el curado.
 - Medicamentos citostáticos.
 - Las sustancias presentadas en formularios aprobados por el hospital y de acuerdo con la farmacopea del hospital.
2. Control de los botiquines existentes en los distintos servicios.
3. Crear registros de farmacovigilancia e información sobre efectos de medicamentos.
4. Sugerir la compra de medicamentos, suministros médicos o bienes específicos.
5. Control y distribución de drogas, sustancias psicoactivas y medicamentos extranjeros.
6. Creación de sistemas de registro de información y control de consumos, costos y gastos.

2 Objetivos

- Describir las responsabilidades del auxiliar administrativo en relación con el departamento de farmacia del hospital y otras áreas de la industria médica.

3 Metodología

La investigación que condujo al desarrollo del presente trabajo incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

Se utilizaron las bases de datos primarias Pubmed, Medline y Scielo para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares como parte de una búsqueda sistemática de libros.

4 Resultados

Funciones del personal administrativo de la unidad de farmacia:

- Distribución de medicamentos y otros productos a Unidades de Hospitalización: esta función se encarga de transportar las solicitudes de diversos servicios a la farmacia y los envases monodosis de la farmacia a los pisos, estos últimos en un carro denominado “carro monodosis”.
- Presentar los informes correspondientes al Departamento Médico, sustentando el estado del presupuesto y su cumplimiento.
- Emitir, controlar, recibir y conservar los pedidos de los medicamentos incluidos en la guía de acuerdo con las decisiones de la Comisión de Farmacia y Terapéutica y en atención a la necesidad de mantener existencias suficientes para el consumo.
- Emitir y difundir informes oportunos sobre el consumo de medicamentos, desagregados en categorías tales como unidades de enfermería, servicios médicos, patologías, laboratorios y medicamentos.
- Recepción del material: Se encarga de que el material servido coincida con lo que consta en los albaranes de entrega. Si no coincide, no lo tome y pregúntele al gerente de la farmacia.

Las siguientes son las responsabilidades del ordenanza en la unidad de farmacia:

- Dispensación de materiales específicos: El Encargado de Farmacia está autorizado a dispensar materiales específicos que haya preparado, pero debe avisar al farmacéutico responsable si se le pide que dispense algún medicamento.
- El transporte de mercancías de otras Unidades a la farmacia: es necesario para algunas mercancías que se encuentran en el almacén general.
- Acondicionamiento del material: Entregar el artículo al personal médico junto con una copia del albarán de entrega para que lo clasifiquen y almacenen. Los celadores colocan algunos artículos, como alcohol y botellas intravenosas, directamente; sin embargo, los medicamentos nunca se colocan de esta manera.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el servicio de farmacia hospitalaria se puede describir como un servicio clínico rutinario que se integra en el hospital en función de su nivel y función. En la actividad farmacéutica se utilizan procesos sanitarios, administrativos, tecnológicos y científicos. En otras palabras, gestionan tareas administrativas, logísticas y clínicas para la salud, la academia y la investigación.

Son información sobre tratamientos farmacológicos, actividades de farmacocinética clínica, farmacovigilancia, control de productos en fase de investigación clínica e investigación del uso y desempeño de medicamentos. Comprenden también la adquisición, conservación, distribución y producción de medicamentos, así como la selección y evaluación de los mismos.

Es responsabilidad de todos hacer públicos los roles que desempeña cada miembro del personal médico y no médico para mejorar el ambiente de trabajo y las condiciones de seguridad en el hospital en su conjunto, así como en cada área designada, como la farmacia. La descripción de la tarea reducirá los errores y mejorará los resultados de salud del paciente y del usuario del sistema de salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.engenerico.com/que-es-una-farmacia-hospitalaria/>.

Capítulo 183

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ARCHIVO HOSPITALARIO: PROTECCIÓN DE DATOS

MARIA TERESA FUENTES DOMÍNGUEZ

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

NEREA GARCÍA DE LA TORRE

AURORA FERNÁNDEZ CASTILLEJO

ALEJANDRO RODRIGUEZ SANCHEZ

1 Introducción

En lo que se refiere al derecho al secreto y confidencialidad de su situación médica y a la protección de datos personales, la legislación sanitaria tiene en cuenta el derecho del paciente a la información sobre sus derechos cuando acude a un centro de salud.

Debe ser manejado en privado porque la historia clínica es la fuente de la información de salud antes mencionada.

La historia clínica, que es propiedad del centro de salud en el que se encuentra, los archivará, garantizando su seguridad, correcta conservación y recuperación de la información. Como resultado, es el documento de salud más importante para cualquier usuario o paciente. Refleja la situación y evolución de un paciente a lo largo de su proceso asistencial en soporte papel, audiovisual y electrónico.

Fue escrito por profesionales de la salud, y se incluyen sus estándares y recomendaciones.

La información y documentación clínica se rige por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley de Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones, y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre.

Protección de datos personales y garantías de los derechos digitales.

Toda persona que tenga acceso a la historia clínica de un paciente está obligada a mantener privada la información que contiene. Están incluidos en este secreto tanto los trabajadores sanitarios como los no sanitarios, como el auxiliar administrativo.

Ningún familiar podrá acceder a la historia clínica del paciente sin su autorización expresa, que podrá ser solicitada por este. Cuando el paciente fallece, el historial médico se agrega a un archivo pasivo.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del auxiliar administrativo en relación con la protección de datos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en las principales bases de datos como: Pubmed y Google Academic.

En esta base de datos se ha utilizado como palabra clave "Historia Clínica", "privacidad datos sanitarios". También se ha consultado la legislación existente en materia de definición y acceso a la historia clínica.

4 Resultados

Cada vez que un paciente acude al hospital para una consulta, un seguimiento o una prueba, se utiliza la Historia Clínica.

En consecuencia, ya sea que la trate a ella o a otro profesional, el profesional que la atiende tiene acceso a la información médica del paciente.

La historia clínica:

- Hace posible la atención médica.
- Permite la prestación de atención médica por parte de profesionales de diversas áreas.

- Registra las condiciones pasadas y presentes del paciente con el fin de proporcionar información para un diagnóstico preciso.
- Le permite elegir el mejor curso de acción para cada paciente.
- La evolución del paciente está bajo control.

Existen dos formatos para las historias clínicas:

La historia clínica tradicional en papel es la que se lleva.

Historia clínica electrónica, con datos guardados en una base de datos electrónica.

Dependiendo de la situación en la que se recopile la información, existen tres tipos de historial:

1. Se lleva a cabo en una emergencia (como parte de las emergencias).
2. La consulta, que tiene lugar en el consultorio del médico, suele ser el procedimiento más frecuente.
3. la hospitalización, o la historia recopilada mientras el paciente fue atendido allí.

Hay tres modelos de historia clínica en total:

La prueba protocolizada es aquella que se realiza de acuerdo con un conjunto de preguntas predeterminadas que permite a los profesionales médicos llegar rápidamente a un diagnóstico.

El registro cronológico abarca desde el inicio de la enfermedad hasta las pruebas a las que se sometió, así como el tratamiento, control y cualquier nota adicional.

- La historia clínica que más se maneja desde Atención Primaria es la que está enfocada a los problemas de salud.

5 Discusión-Conclusión

Es un derecho mantener la confidencialidad y proteger la información personal. Todos tienen derecho a la protección de la privacidad, especialmente cuando se trata de cuestiones de salud. Sólo la persona mencionada en el expediente médico es elegible el conocimiento de los mismos o, en su caso, de la persona a quien atribuyan facultades, puede haber quejas si se revela información privada las personas que ven vulnerada su privacidad, llegando incluso a cometer delitos.

El acceso estará disponible para el personal directivo y auxiliares administrativos de los centros de salud. la información de la historia clínica relativa a la actividad en particular la información que debe mantenerse segura, transmitirse, archivarse y conservarse.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica de protección de datos <https://www.aepol.es>.

Capítulo 184

EL CELADOR EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS. FUNCIONES DE LA CATEGORÍA DEL PERSONAL SUBALTERNO

JUAN JOSÉ PAZOS CARRASCO

ANA BELÉN RUEDA NAVARRO

JOSE MANUEL PÉREZ MARÍN

DAVID LOBATO ARMARIO

JAVIER JORQUERA RUIZ

1 Introducción

La categoría profesional del personal subalterno (celadores) desarrollará en las instituciones sanitarias todas aquellas funciones que no requieran de especialidad o formación académica para su desempeño, por lo que dichas funciones se centrarán en gran medida en la vigilancia del centro sanitario, movilización y traslado del paciente dentro de la institución sanitaria y en auxiliar al personal sanitario facultativo y no facultativo que requiera de la actuación del celador para el desempeño de la actividad médico o asistencial con el paciente.

Los celadores pertenecen a la escala general del personal subalterno, dependiendo de la jefatura del personal subalterno y estos a su vez, del jefe de gestión

y servicios, y se rigen por el Estatuto del personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden del 5 de julio de 1971).

Por norma general, los celadores se encuentran en cada uno de los servicios y unidades de los centros sanitarios, ya que son los primeros profesionales con los que se encuentra el paciente al acudir al centro sanitario, a la vez, que son los últimos profesionales que ven al abandonar la institución.

A continuación, se detallarán las funciones llevadas a cabo por los celadores, clasificándolos en tres grupos principalmente: auxiliar, vigilar, otras funciones.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones de los celadores durante su actuación laboral.
- Conocer la normativa que aplica las funciones del personal subalterno en los centros de salud y en los centros de hospitalización.

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, los celadores no requieren de formación académica para el desempeño de su actuación asistencial en las instituciones sanitarias, por lo que no desempeñan funciones de gran relevancia en cuanto a la atención sanitaria del paciente, sin embargo, el papel del celador es imprescindible para el funcionamiento global del resto de categorías profesionales.

Las funciones de los celadores pueden dividirse en tres categorías principales; vigilar, auxiliar y otras funciones.

Vigilar.

- Se encargarán de la vigilancia nocturna de la institución, tanto del interior como del exterior del edificio.
- Se encargarán de la vigilancia de las estancias comunes, controlando el orden

y silencio tanto de usuarios, pacientes y familiares, así como del personal profesional que desempeña sus funciones en el centro sanitario.

- Se encargarán de que se haga un uso correcto de enseres y objetos de la institución sanitaria, por lo que deberá instruir del funcionamiento a aquella persona que lo requiera.
- Se encargarán de vigilar el buen comportamiento de pacientes y familiares en el interior de las habitaciones, prohibiendo que se fumen en ellas y que los familiares se acuesten en las camas de los pacientes.

Auxiliar al resto de categorías profesionales.

- Auxiliar a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con la movilización del paciente para el aseo diario, cambio de ropa de cama, cambio de pañal, colocación y retirada de cuñas, curas de heridas...
- Auxiliar al equipo médico o de enfermería durante cualquier actividad asistencial en la que se le requiera.

Otras funciones.

- Se encargarán de avisar a sus superiores más inmediatos, bien jefes de personal subalterno o bien supervisores del servicio donde se encuentren, de las anomalías, desperfectos, suciedad o necesidad de limpieza que encuentren en la institución.
- Se encargarán de trasladar tanto comunicaciones orales como comunicaciones escritas, bien sea documentación clínica o peticiones a cualquier servicio del centro.
- Se encargarán de trasladar objetos y material sanitario de una ubicación a otra dentro del centro.
- Harán de ascensoristas cuando las necesidades del servicio lo requieran, por lo que se encargará de bloquear el ascensor para la utilización exclusiva de él por los servicios de quirófano, unidad de cuidados intensivos, hemodinámica, urgencias...
- Trasladar a los pacientes fallecidos al mortuario del centro sanitario.
- Aquellas funciones análogas que le sean ordenadas.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en las instituciones sanitarias. Funciones de la categoría del personal subalterno” nos demuestra las funciones de la categoría del personal sanitario tanto en los centros de salud como en los centros de hospitalización.

Es importante destacar que el celador deberá realizar dichas funciones con profesionalidad, eficacia, eficiencia, humanidad, amabilidad y respeto tanto a pacientes

como a familiares. Durante el desarrollo de nuestras actuaciones en el ámbito sanitario no se nos debe olvidar que nuestra profesión se debe en primer lugar a los pacientes y a sus familias.

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 185

EL CELADOR Y EL PACIENTE PALIATIVO

JUAN JOSÉ PAZOS CARRASCO

ANA BELÉN RUEDA NAVARRO

JOSE MANUEL PÉREZ MARÍN

DAVID LOBATO ARMARIO

JAVIER JORQUERA RUIZ

1 Introducción

Los pacientes terminales que requieren de cuidados paliativos son aquellos pacientes que no responden a los tratamientos establecidos y tienen un pronóstico de vida inferior a los 6 meses.

La medicina paliativa se ha planteado una serie de objetivos a lograr con los pacientes terminales, ya que la medicina tal y como la conocemos no puede dar respuesta a su enfermedad o diagnóstico clínico.

- Proporcionar bienestar al paciente. Llevar a cabo actuaciones mediante las cuales sirvan para que el paciente gane en bienestar y calidad de vida, ya que no se pretende alargar la vida del paciente, sino proporcionarle confortabilidad durante el tiempo de vida que le queda.
- Proporcionar una atención integral tanto al paciente como a sus familiares, ya que son momentos muy duros para las dos partes, por lo que se aportará una

atención física, emocional y espiritual al paciente y a sus familiares y seres queridos.

- Proporcionar un alivio del dolor a través de medicación u otras actividades no medicamentosas como puede ser la aplicación de frío y/o calor en las zonas corporales con dolor.
- Proporcionar apoyo emocional a pacientes y familiares, para ello el personal mostrará una actitud receptiva, empática, amigable, con una comunicación recíproca y activa.

2 Objetivos

- Conocer los objetivos establecidos por la medicina paliativa con los pacientes terminales con un pronóstico de vida inferior a los 6 meses.
- Exponer la actuación profesional de los celadores con los pacientes terminales.

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

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE PALIATIVO

Los celadores llevarán a cabo dos funciones exclusivas con los pacientes paliativos, por un lado, el traslado de estos de un servicio a otro dentro del centro sanitario y por otro lado, la movilización del paciente para que el resto de profesionales puedan desarrollar sus funciones médico-asistenciales con este tipo de pacientes terminales.

Trasladarán a los pacientes para la realización de pruebas diagnósticas y exploratorias.

Auxiliarán a los TCAE durante el aseo diario de la mañana con la movilización del paciente encamado y con la sujeción del paciente que puede ser aseado en el baño de asistidos de la planta.

Auxiliarán a los TCAE en la colocación y cambio de pañal de los pacientes encamados que presentan una movilización pasiva y que no pueda movilizar los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Auxiliarán a los TCAE en la colocación y retirada de cuñas en aquellos pacientes que no pueden moverse, pero tampoco requieren uso de pañal.

Auxiliarán a los TCAE durante el cambio de la ropa de cama, con la movilización del paciente.

Auxiliarán al equipo de enfermería durante las curas.

Acompañarán a los pacientes y al fisioterapeuta durante la deambulación.

Una vez llegado el momento del fallecimiento del paciente terminal, auxiliará al técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la preparación del cuerpo y el amortajamiento para su recogida por el servicio funerario. La actuación del celador consistirá en la movilización del cuerpo para la colocación del sudario por parte del TCAE.

Trasladarán el cuerpo al mortuario del centro hospitalario. Se pondrán en contacto con la funeraria y si van a recoger al fallecido inmediatamente, se colocará en los túmulos de piedra de los que dispone el mortuario, si en caso contrario, el servicio funerario no puede recoger al fallecido hasta pasadas unas horas, el celador dispondrá el cadáver en las cámaras frigoríficas del mortuario. En ambos casos, deberá identificar al cadáver con pegatinas identificativas, colocando una en el sudario y otra en la puerta de la cámara frigorífica.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador y el paciente paliativo” nos demuestra las funciones llevadas a cabo por los celadores en el cuidado del paciente terminal.

La actuación de los celadores con los pacientes terminales que se encuentren en cuidados paliativos será igualitaria a la que se puede llevar a cabo con cualquier paciente ingresado en una planta de hospitalización. Sin embargo, es importante hacer hincapié en que este tipo de pacientes al tener un pronóstico de vida inferior a los seis meses requiere de otro tipo de actuaciones, centradas en la confortabilidad, en el alivio del dolor y en el apoyo emocional.

6 Bibliografía

- Aguilar, M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada Logoss. 2013

- BUIGUES, F. TORRES, J. MASS, G. Paciente terminal. Guía de actuación clínica a Atención Primaria.
- RODRIGUEZ, F. CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada Logoss. 2018
- 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. 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.

Capítulo 186

EL CELADOR Y EL TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DE ENFERMOS

DOMINGO MARTÍN SANCHEZ

MARÍA DEL PILAR HERNAN MENCHEN

CONCEPCION CARRION CANDEL

FELIX ALDUDO MINGUEZ

MARÍA VICTORIA ABAD GARCÍA

1 Introducción

El objetivo del traslado de los celadores es trasladar al paciente de un lugar a otro, ya sea dentro de la unidad o en una de las consultas externas del hospital. Muchos ingresos diarios y pacientes ambulatorios que están realizando procedimientos de diagnóstico deben moverse por el hospital. Cuando los pacientes sean transportados en ambulancias, será necesario que personal capacitado los transporte específicamente en ella. Se requiere un asistente para bajar al paciente de una de las ambulancias a una silla o camilla. El celador será el encargado de trasladar a los enfermos tanto dentro de las instalaciones como a través del servicio de ambulancias, según el artículo 14.2 del Estatuto del Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio. , 1971. Finalmente, aunque muchos pacientes ahora pueden caminar de forma independiente, algunos todavía requieren la ayuda del asistente con estas tareas rutinarias. Es fundamental contar con la colaboración

y el conocimiento previo del paciente, así como disponer de los medios materiales y humanos necesarios, así como de personal que haya recibido la formación adecuada y sea capaz de realizar el seguimiento del paciente. Habría menos incidentes durante la transferencia si se combinaran estos factores.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es conocer las pautas a seguir ante una orden de traslado de un paciente por el celador de un hospital.

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

Dependiendo del nivel de movilidad que tenga el paciente, existen varias técnicas de transferencia.

1. Cuando un paciente no puede caminar, la forma más rápida y cómoda de trasladarlo de un lugar a otro es en silla de ruedas. El celador empujará con cuidado la silla por las rampas desde atrás mientras la atención del paciente se vuelve hacia adelante.
 - El celador debe bajar la rampa primero mientras empuja al paciente hacia atrás cuando usa una silla de ruedas para bajar la rampa.
 - El celador subirá delante del paciente y tirará de la silla hacia atrás mientras traslada al paciente.
 - Para salir de un ascensor, el celador debe girar la silla mientras aún está en su lugar, salir y tirar de la silla desde esa posición.
2. El sillón se coloca junto a la cama, siempre con el respaldo pegado a los pies de la cama, para poder trasladar al paciente de la cama a la silla de ruedas. Evitaremos que la silla se mueva después de que se detenga. Si la cama se puede bajar, se hace de modo que cuando el paciente esté sentado, sus pies estén en el suelo.

3. Traslado del paciente en camilla: las camillas se utilizan para pacientes que no pueden sentarse erguidos, que llevan grandes escayolas o que tienen otros dispositivos médicos que les impiden utilizar una silla de ruedas. El celador coloca la camilla a través del área de la cabeza del paciente y entra al ascensor. Además, está posicionado para que el paciente pueda acceder a él. Cuando el paciente se levanta para salir de un ascensor, el asistente empuja la camilla desde el frente. Los accesorios de cama más populares son los cuatro que se enumeran a continuación:

- Las ruedas.
 - Una barandilla.
 - Cintas.
 - Soporte en forma de cuña: soporte para bolsas urinarias, soporte para suero, etc.
- Normalmente, el paciente es trasladado de un lugar a otro en su propia cama. Sin embargo, dependiendo del nivel de movilidad del paciente, puede ser necesario trasladarlo a una camilla.

5 Discusión-Conclusión

Para minimizar las incidencias que se producen durante los traslados, es fundamental contar con la colaboración y el conocimiento previo del paciente, así como con el equipamiento necesario y el personal capacitado en la monitorización del paciente.

Esto justifica la necesidad de poder cumplir con los requisitos específicos que se implementan ante este tipo de traslados porque conllevan un mayor riesgo para el paciente, lo que debe sopesarse con los beneficios que pueden ofrecer para el propio paciente. Para implementar completamente este protocolo, el celador debe comprender que el paciente es libre de moverse por el hospital en cualquier momento.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.google.com.

Capítulo 187

EL CELADOR Y SU ASISTENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DOMINGO MARTÍN SANCHEZ

MARÍA DEL PILAR HERNAN MENCHEN

FELIX ALDUDO MINGUEZ

MARÍA VICTORIA ABAD GARCÍA

CONCEPCION CARRION CANDEL

1 Introducción

La atención primaria es la prestación de servicios de salud a las personas en los centros de salud a lo largo de su vida, sin distinción de ideología política, raza o religión o incluso su estatus socioeconómico.

La coordinación, la accesibilidad, la integralidad y la longitudinalidad son algunos de los componentes fundamentales de la atención primaria; todos ofrecen una atención eficaz y de alta calidad.

Se incluyen en la atención primaria:

- Atención médica programada o de urgencia, tanto en la consulta como en el domicilio del paciente.
- Programas de referencia para la promoción de la salud dirigidos a mujeres, adultos, ancianos, niños, pubertad y adolescencia, grupos de riesgo y enfermos crónicos.

- Prevención de enfermedades y/o patologías, como el cuidado de la salud buco-dental.
- Rehabilitación y/o curación.
- Trabajadores sociales.

Una organización fundada en:

- Asegura que todo funcione sin problemas, tanto el cuerpo humano como la estructura física.
- Física en relación a los componentes, área fundamental, establecimiento de salud y región de salud.
- Seres humanos, incluidos médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal de oficina y celadores.

Los procesos incluyen trabajo clínico, gestión y/o administración, instrucción e investigación.

Fuentes de información, un sistema de control y evaluación, recompensas y estadísticas son los resultados.

2 Objetivos

Aclarar las funciones de los celadores profesionales en el servicio de atención primaria.

3 Metodología

La investigación que condujo al desarrollo del presente trabajo incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, se han buscado minuciosamente en busca de libros, y los artículos de esos libros se han elegido cuidadosamente por su contenido pertinente al tema de estudio.

4 Resultados

El celador realiza una variedad de tareas en la atención primaria, que incluyen:

- La apertura y cierre de las puertas del centro de salud.
- Mantener la limpieza de las unidades, consultas e instalaciones, procurando que los pacientes que acudan al centro de salud de atención primaria sean tratados con la decencia que merecen, se mantengan a raya y se esfuercen por guardar silencio.

- Informarán a los afectados/usuarios sobre el lugar de las consultas, el día y hora de las consultas y las dudas que puedan tener los afectados/usuarios. Sin embargo, dado que no es responsabilidad de los celadores el brindar asesoramiento médico o información sobre el tratamiento, no se brindará ninguno.

El celador es el responsable de acompañar a los afectados/usuarios que no puedan valerse por sí mismos por movilidad reducida o inexistente a las citas con médicos y enfermeras u otros lugares adecuados.

En ausencia de un puesto de Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería u otros dependientes, el celador será el encargado y responsable de administrar las fotocopadoras y/o reponer los materiales faltantes en las consultas.

El celador trasladará la documentación necesaria que se le precise, junto con la historia clínica de los afectados/usuarios, dentro del mismo centro. Además, se encargará de organizar, dispersar y recoger el correo.

- Asistirá a otros profesionales médicos o no médicos en pequeñas curas o en ciertas intervenciones ambulatorias de los afectados o usuarios siempre que sea necesaria o demandada su asistencia en ausencia de un técnico asistencial.

- En caso de urgencias, recabará información de los afectados/usuarios y, en su caso, contactará con el servicio 112.

El afectado o usuario que acude a un centro de salud de atención primaria inter-actuará inicialmente con el celador.

5 Discusión-Conclusión

Siendo el primero en llegar y el último en irse, el cuidador tiene un papel fundamental en los centros de salud y es de gran ayuda y colaborador con todo el equipo de Atención Primaria.

Dado que está presente en todas las áreas de la instalación de tratamiento, a menudo es la primera persona con la que la persona afectada/usuario interactúa, ve y/o necesita calmarlo mientras le brinda la asistencia y/o información que necesita en ese momento.

Para el trato y comunicación con el afectado/usuario, el vigilante debe tener mucha empatía y paciencia. Sin embargo, porque él los ayuda y los cuida, también es reconfortante.

Por todos estos factores, la labor del cuidador es fundamental porque sin él, el centro de salud de atención primaria sería inoperante.

6 Bibliografía

- <https://congresosicepa.com/celador-atencion-primaria/>.
- <https://essaeformacion.com/funciones-celador-atencion-primaria>.
- <http://celadoresonline.blogspot.com/p/atencion-primaria.html>.

Capítulo 188

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE CON OXIGENOTERAPIA. CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE OXIGENOTERAPIA

JAVIER JORQUERA RUIZ

JUAN JOSÉ PAZOS CARRASCO

ANA BELÉN RUEDA NAVARRO

JOSE MANUEL PÉREZ MARÍN

DAVID LOBATO ARMARIO

1 Introducción

Los autores del manual de “Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España” define el concepto de oxigenoterapia como el tratamiento llevado a cabo con el paciente que presenta cantidades de oxígeno en sangre inferiores a la tasa normal. Este tratamiento se centra en administrar una solución gaseosa, la cual es una mezcla de aire y oxígeno.

La administración de oxígeno en los centros sanitarios proviene de una central de oxígeno existente en el centro, la cual permite la distribución del mismo a través de unas tuberías.

Una de las principales funciones de los celadores es el traslado de los pacientes de una unidad a otra dentro del recinto sanitario para la realización de pruebas,

analíticas, punciones, consultas... y la gran mayoría de estos pacientes disponen de unos medios de administración de oxígeno, debido a la falta de oxígeno en sangre del paciente. Por tanto el celador debe conocer el funcionamiento de estos medios y los dispositivos que conforman el equipo de oxigenoterapia, para llevar a cabo sus funciones en condiciones seguras para el paciente.

Equipos de oxigenoterapia.

- Balas de oxígeno. Será el medio más utilizado durante los traslados de los pacientes.
- Manómetro.
- Caudalímetro o flujómetro. El cual permite la administración de una cantidad de oxígeno u otra.
- Sistema de humidificación.

2 Objetivos

- Dar a conocer la función del celador con relación a la oxigenoterapia del paciente y el traslado de pacientes con oxigenoterapia.
- Enumerar los dispositivos que conforman el equipo de oxigenoterapia.

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

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE CON OXIGENOTERAPIA

A los celadores le corresponde encargarse de los medios por los cuales el paciente recibe oxígeno durante los traslados de los mismos. Sin embargo, le corresponde al equipo de enfermería la administración de la cantidad de oxígeno necesitada por el paciente, bajo la supervisión del equipo médico, para ello le serán tomadas las constantes al paciente cada vez que el equipo de enfermería lo considere necesario.

TRASLADO DEL PACIENTE CON OXIGENOTERAPIA

Cuando es necesario el traslado de un paciente y este lleva oxígeno, será función del celador encargarse de localizar un dispositivo que suministre oxígeno al paciente durante el traslado. Por norma general, en los centros sanitarios se utilizan las balas de oxígeno, las cuales pueden posicionarse en la silla, cama o camilla con facilidad debido al sistema de agarre del que disponen estos dispositivos.

Una vez el paciente se encuentre preparado para el traslado, el celador cambiará el oxígeno de la toma central a la bala de oxígeno, poniendo la misma cantidad de oxígeno que aparece en la toma de oxígeno central de la habitación.

DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO

Los celadores deberán conocer cada uno de los dispositivos mediante los cuales puede ser administrado el oxígeno al paciente que lo requiera, al igual que deberá conocer su funcionamiento, ya que durante el traslado del paciente deberá saber que medio utilizar para que el paciente reciba el oxígeno necesario.

- Sonda nasal.
- Gafas nasales. Siendo el dispositivo más habitual y el más utilizado por los pacientes que requieren pequeñas cantidades de oxígeno. La colocación en la bala de oxígeno para el traslado es un sistema sencillo.
- Mascarillas ventimask o Venturi. Son utilizadas por pacientes que requieren dosis más altas de oxígeno que las recibidas con las gafas nasales. La colocación en la bala de oxígeno para el traslado es con el mismo sistema que las gafas nasales.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador ante el paciente con oxigenoterapia. Conocimiento del equipo de oxigenoterapia” nos demuestra la función del celador ante la administración de oxígeno del paciente, limitándose únicamente a los traslados de los pacientes de una unidad a otra, ya que será el equipo de enfermería el encargado de determinar una cantidad de oxígeno u otra, y del medio utilizado para su administración. Ante cualquier anomalía que se encuentre en la administración del oxígeno o en el estado de agotamiento y fatiga del paciente, se comunicará al equipo de enfermería responsable de dicho paciente, para que le sean tomadas las constantes por si fuera necesario subir la cantidad de oxígeno administrada por minuto.

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, SESCAM. 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 189

FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LA ZONA DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL

MARÍA DEL PILAR HERNAN MENCHEN

DOMINGO MARTÍN SANCHEZ

MARÍA VICTORIA ABAD GARCÍA

FELIX ALDUDO MINGUEZ

CONCEPCION CARRION CANDEL

1 Introducción

Una de las unidades que tiene como principal función ofrecer una atención integral a los pacientes en estado crítico que lo necesitan es la unidad de cuidados intensivos, también conocida como UCI o Unidad de Cuidados Especiales (UCE), la cual presta una atención las 24 horas bajo la dirección de especialistas y equipos médicos.

El personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos trabaja también para el personal de sala y es un miembro valioso del equipo médico, dado que la mayoría de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos son móviles. Los celadores deben estar bien capacitados, ya que estos tienen una movilidad limitada o nula, y su objetivo principal es cambiar la posición porque estos pacientes deben tener mucho cuidado de no empeorar su situación de salud actual.

Los celadores adscritos a este servicio, así como los adscritos a los quirófanos, deberán tener especial cuidado en mantener su uniforme en buen estado y ser conscientes de que deberán llevar batas estériles siempre que entren en contacto con pacientes que puedan tener riesgo de infección o enfermedades infecciosas. El celador y el resto del personal del departamento también deben estar debidamente protegidos. Deben ser cautelosos y tratar de guardar silencio debido a las características únicas de la unidad de cuidados intensivos.

2 Objetivos

Describir las obligaciones del celador y las medidas de protección utilizadas en la unidad de cuidados intensivos así como también sus funciones.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realizó una investigación que consiste en una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva de libros y se ha consultado una gran cantidad de artículos de interés, además de artículos de las principales bases de datos como Scielo.

4 Resultados

Las responsabilidades principales del celador de la unidad de cuidados intensivos consisten en:

- Trasladar al paciente a la unidad de cuidados intensivos, llevando consigo toda la documentación necesaria y la historia clínica del paciente.
- Con la ayuda del personal médico correspondiente, movilizarán y trasladarán al paciente a la cama en el box correspondiente.
- Dado que las pautas y los procedimientos para la desinfección, la movilidad y la estructura cuando se trabaja con son esencialmente los mismos, las pautas actuales del celador en este departamento no han cambiado mucho desde un punto de vista profesional.
- Para prevenir la posibilidad de infección, los celadores siempre estarán atentos a la cadena de movimiento del paciente al entrar y salir de la unidad de cuidados intensivos, además de tomar las precauciones adecuadas, incluida la limpieza y desinfección del área.

- Se crean protocolos para la cadena de transmisión, la organización del personal médico y no médico, y el uso de medidas de protección. Se requiere interpretación para los indicadores del plan de acción.
 - Los controles de exposición no son parte de las sugerencias de manejo clínico. Dado que los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos son vulnerables, el personal de enfermería asignado a la unidad debe tomar precauciones estrictas.
- Se aconseja, debido al alto riesgo de exposición a los materiales y otros equipos de la unidad:
- Mascarillas quirúrgicas de los pacientes.
 - Los trajes de aislamiento físico, las mascarillas de doble cara, las batas, los guantes, los protectores contra salpicaduras, la higiene de las manos, las precauciones estándar de aislamiento, las caídas y la exposición son algunos ejemplos.
 - Lavarse las manos cada vez que se abandone el box.
 - No usar el mismo traje dos veces.

5 Discusión-Conclusión

A la hora de manipular y trasladar al paciente en estas situaciones el papel del celador en la actual unidad de cuidados intensivos sirve como un gran refuerzo para el personal médico de la unidad y se considera un apoyo imprescindible a la hora de movilizar a los pacientes, estos pacientes de esta unidad tienen requisitos de seguridad muy estrictos por naturaleza, y cuando son trasladados se tiene que tener un cuidado especial, de hay la necesidad de hacer cursos de formación continua para mantener la seguridad del paciente y seguir cada protocolo de actuación existente en el propio hospital.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-paciente-critico-unidad-cuidadosintensivos-covid-19/>.

Capítulo 190

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO

LORENA CONSOLACIÓN BERNAL SIERRA

1 Introducción

Cuando hablamos de servicio de quirófono vamos a hacer referencia a una zona o área del hospital estéril que va a contar con una gran cantidad de instalaciones, recursos y personal (médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores, auxiliares administrativos) capacitado para poder efectuar y preparar cualquier tipo de intervención quirúrgica en este servicio. Este servicio del hospital se va a dedicar exclusivamente a preparar y llevar a cabo intervenciones quirúrgicas.

La zona o área de quirófono es la zona más limpia y controlada de un hospital por lo que todos los profesionales que trabajan en este servicio del hospital deben cumplir unos protocolos.

En el servicio de quirófono se van a tratar diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas, algunas de ellas son: intervenciones ginecológicas, intervenciones cardíacas, intervenciones oftalmológicas, etc. Todas ellas se van a realizar en el servicio de quirófono de un hospital.

Como hemos dicho anteriormente en este servicio vamos a encontrar diferentes profesionales, en este capítulo hablaré sobre las funciones que va a desempeñar el auxiliar administrativo que trabaja en el servicio de quirófono.

El auxiliar administrativo que trabaja en este servicio del hospital tendrá la labor de organizar todo lo que es el tema relacionado con la intervención quirúrgica que se le va a realizar al paciente, es decir, el lugar, el día y la hora de la intervención.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo de libro es conocer cuáles son las funciones más importantes que va a desempeñar el auxiliar administrativo en el servicio de quirófano.

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 auxiliar administrativo que trabaja en la zona o área de quirófano va a tener que encargarse de gestionar y organizar todas las actividades de tipo administrativo y logístico que tienen que ver con todas las operaciones quirúrgicas que se van a llevar a cabo. Algunas de las muchas funciones que va a desempeñar un auxiliar administrativo que trabaja en el servicio de quirófano de un hospital son:

- El auxiliar administrativo será la persona encargada de organizar los diferentes tipos de cirugías, para ello tendrá que coordinar el calendario y los horarios de cada intervención quirúrgica que se le va a realizar a cada paciente.
- El auxiliar administrativo se encargará de toda la documentación y registros relacionados con el paciente como son las historias de los pacientes, los consentimientos informados, las hojas de registro de los pacientes que van a ser intervenidos en el quirófano, etc.
- El auxiliar administrativo que trabaja en el servicio de quirófano de un hospital tendrá la función de que no falte nada en el quirófano para ello se encargará de los pedidos de los materiales, hacer inventarios periódicamente y asegurarse de que el servicio este cubierto.
- El auxiliar administrativo de quirófano será la primera persona encargada de atender al paciente, antes de ingresar en el hospital y después de recibir el alta hospitalaria. El auxiliar administrativo también se encargará de darle las próximas citas de revisiones al paciente, así como de resolver cualquier tipo de duda que este tenga ya sea de forma presencial o telefónica.

Todas estas funciones citadas anteriormente son algunas de las que va a realizar un auxiliar administrativo que trabaja en el servicio de quirófano de un hospital.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y para terminar con este capítulo de libro sobre el auxiliar administrativo de quirófano, podemos decir que juega un papel fundamental dentro de esta unidad del hospital, ya que va a tener la labor de encargarse de un funcionamiento seguro del área quirúrgica del hospital y que toda valla correctamente todos los días. Aunque el auxiliar administrativo no va a participar de forma directa en los diferentes procedimientos quirúrgicos que se van a llevar a cabo en el servicio de quirófano del hospital, si se va a encargar de ejercer una serie de tareas de tipo administrativo y logístico que son fundamentales para la atención al paciente y para el servicio de quirófano.

6 Bibliografía

1. Revista Médica y de Enfermería Ocronos. El Auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica [Internet]. 2020. Encontrado en: <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/amp/>.

Capítulo 191

EL CELADOR EN EL AISLAMIENTO DE CONTACTO

SERGIO CAMACHO CORDERO

SAMUEL RUIZ HERNÁNDEZ

DAVID BODAS GÓMEZ

JONATHAN SOLDADO HERVAS

RAQUEL DÍAZ GALVEZ

1 Introducción

Hay varias enfermedades y se transmiten por 3 clase de cadenas: fuente-huesped-vía transmisión (trabajadores, visitantes). Huesped; pacientes inmunodeprimidos, terapia con antibióticos, técnicas invasivas.

Vía transmisión: contacto directo de unas personas a otra a la que es infectada (lesiones de la piel, heridas no cubiertas y secrecciones respiratorias).

El contacto indirecto: objeto infectado del paciente, el aislamiento de contacto se le recomienda para evitar una mayor diseminación de microorganismos por contacto directo con el paciente con los mismos objetos relacionados con este.

Cuando ya hablamos del aislamiento de contacto hay que saber que es el conjunto de normas que lo que quiere es evitar la propagación de varias enfermedades infecciosas entre otras profesionales y otros enfermos a los que también les llamamos contaminación cruzada. Las infecciones a las que cojemos o contraemos e durante el ingreso en el hospital se les denominan nosocomiales a las que se les

manifiestan y dan en sí a partir de las 48 horas después de una vez de que haya ingresado. Hay que tenerlas, pero que muy bien en cuenta para que no tengamos el mismo problema y no falle el aislamiento por contacto como recordamos lo que pasamos con el covid 19 con los trabajadores y pacientes a los que muchos se habían infectado.

2 Objetivos

Entender entre otras las recomendaciones de prevención utilizadas por los trabajadores sobre riesgos biológicos.

Definir diferentes tipos de aislamiento que existen.

3 Metodología

Para la confección del presente capítulo, se ha realizado una investigación coherente en una revisión bibliográfica, se ha realizado una búsqueda sistemática desarrollada de libros y se han analizado artículos las principales bases de datos: pubmed, scielo y medline, seleccionado productos científicos que vienen de publicaciones académicas registradas.

4 Resultados

La gestión de prevención que utilizan los trabajadores ante el riesgos biológicos o de infecciones sin equipos de protección individual (EPI) guantes, mascarillas, pantalla (protección ocular) gafas, delantal o bata, calzas y zapatos a la hora de tener contacto con sangre, fluidos corporales, piel no intacta con el mismo paciente será evitar contaminación cruzadas y siempre lavado de manos antes y después de contacto con el paciente. Lo recomendable son habitaciones individuales para estos pacientes.

Hay varios tipos de aislamientos: EL ENTERICO, se utiliza para prevenir enfermedades que se transmiten por contacto directo o indirecto con heces u objetos contaminados por el mismo.

EL Estricto, prevenir la transmisión de infecciones muy virulentas se propagan por gotitas y contacto directo. CONTACTO; se emplea para enfermedades infecciosas que se transmiten por contacto directo (heridas y lesiones cutáneas) EL RESPIRATORIO, se le emplea a enfermedades transmisibles por vía respiratoria (tuberculosis, covid). EL PROTECTOR o INVERSO se les aplica a pacientes

que tienen un sistema inmunitario deficitario (están inmunodeprimidos). el material que utilizemos debe disponerse en una mesa dentro de la habitación (EPI y solución hidroalcohólica). no salir de la habitación hasta dejar al paciente acomodado, descartar el material contaminado en un contenedor apropiado para ello. Patologías que necesitan aislamiento: diarrea, *Clostridium difficile*, sarna, celulitis con exudado, gangrena gaseosa, estafilococos, quemaduras.

Los síntomas del covid 19 más propios son: fiebre, tos, sensación de falta de aire. En algunos casos falta de olfato y del gusto, escalofríos, dolor de garganta, dolores musculares, dolor de cabeza, debilidad general, diarrea o vómitos.

El tiempo de aislamiento será de mínimo 10 días, después del 3 día cuando acabe la fiebre y no será obligatorio una PCR, para terminar el aislamiento, normalmente lo mandan para su casa siguiendo el tratamiento. ciertamente esto se hace en casos graves cuando necesita oxígeno o medicación intravenosa que se hace con hospitalización en planta. Por lo que se le hará otra PCR para que el paciente siga siendo positivo, siendo así hay casos que siguen la cuarentena en sus casas con el tratamiento.

El tiempo que estamos incubando el covid 19 de media es alrededor de 6 días pudiendo llegar hasta los 14 días después de haber estado contagiado al virus.

Como decimos el aislamiento de contacto es muy importante hacerlo en el hospital y hacer un protocolo bien echo. dejando sitio solo para pacientes de hospitalización exclusiva para el virus en distintos sitios equipados para ello, equipo de cuidados intensivos (UCI), planta de transición, planta hospitalaria, correcto control de EPI. Todo el equipo sanitario, dirigiéndose previamente al celador, porque es el que entra en todas las habitaciones para aseos, movilizar, ayudar en todo lo que haga falta al paciente o al personal sanitario. Es el que tiene más posibilidades a la hora de contagiarse o ser contagiado. por lo que estaría al tanto de los protocolos a la hora de quitarse y ponerse el EPI y desinfectarse las manos cada vez que nos cambiemos de guantes que es muy importante.

5 Discusión-Conclusión

El aislamiento contacto es bueno para evitar que no haya contagios entre profesionales y así no contagien ellos a dichos pacientes, siendo como el que contagia el paciente aislado.

Los lugares de estos pacientes se les tendrá con el tipo de infecciones e instrucciones y precauciones a cumplir.

Para que un paciente esté en aislamiento y tenga resultados positivos, tiene que echar fuerzas, sensibilización, educación y comunicación en la política sanitaria. En

la pandemia del covid 19 hay que pensar bien la cosas para combatir el dicho virus. Segun los protocolos del covid 19 no se puede dejar pasar ningún familiar o acompañante del paciente, esceptos lo que tengan una minusválida y a menores que estén en planta con dicho material de protección, eso, sino pudiendo salir de la habitación y quedándose un único familiar las 24 horas del día.

En los demás aislamientos de contacto pueden estar con el paciente dos acompañantes en la habitación, eso si respetando el protocolo sanitario (habitación cerrada, lavado de manos o alcohol glinecirado, guantes, mascarillas y bata). Se les prohibirá la entrada a las visitas a personas inmunodeprimidas, niños y mujeres embarazadas.

6 Bibliografía

[Htpps://WWW-medwave.cl/abril2003](https://WWW-medwave.cl/abril2003)

Capítulo 192

EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS

SERGIO CAMACHO CORDERO

SAMUEL RUIZ HERNÁNDEZ

DAVID BODAS GÓMEZ

JONATHAN SOLDADO HERVAS

RAQUEL DÍAZ GALVEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos son aquellos a los que se le realizan a pacientes terminales y para ello se les desarrollan una atención integral que comprende las necesidades físicas, psicosociales y espirituales. Tanto el enfermo como la familia reciben una terapia, también se les da por supuesto una atención continuada individualizada siendo muy beneficiosa o satisfactoria a la hora de enfrentarse a la muerte de un ser muy querido. Los cuidados paliativos no tienen como objetivo acabar con el paciente, sino que se enfocan en una mejora la calidad de vida de los pacientes terminales aliviando el dolor y proporcionándoles todos los cuidados de confort y bienestar mientras que le queda algo de vida. La eutanasia tiene como objetivo en terminar con la vida del paciente terminal a petición mutua expresa del paciente y dentro del contexto del equipo médico. La opción que tenemos de poner fin en determinados supuestos es ya una Presentación médica dentro del sistema nacional de salud. La ley de la eutanasia ha sido aceptada con bastante

consenso social, por la OMC (organización médica colegial) y SECPAL(sociedad española de cuidados paliativos)y han presentado un protocolo de cuidados paliativos que han defendido que los cuidados paliativos pueden responder a todas las situaciones médicas también incluye pediátricas.

2 Objetivos

Conocer bien todas las funciones del celador ante el equipo de la unidad paliativa.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo,se ha llevado 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,yscielo,seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los equipos de cuidados paliativos, en el hospital, tratan las necesidades y cuidados mas específicos y complejas con distintos recursos sanitarios.En un nivel avanzado antes síntomas de difícil control y tratamiento específico para estos pacientes como puede ser el dolor,sintomas respiratorios(disnea),astenia,caquexia deshidratación,sintomas digestivos (disfagia,náuseas,estreñimiento),cuida de la piel(úlceras),crisis convulsivas, síntomas psicosociales y psiquiátricos (delirium,insomnio,ansiedad,depresion).Es importante cuidar el entorno social y familiar.Existen distintas creencias en este enfoque,deberíamos de hablar de la autanasia.Es el propio paciente quien decide cuando morir en enfermedades crónicas, raras o enfermedades degenerativas mortales(Parkinson,esclerosis lateral amiotrofica (ELA), Alzheimer) recientemente España las ha admitido.Lo que se intenta es mejorar en la sociedad que garantice una calidad de vida y una muerte digna, acompañados de sus seres queridos y familiares.En esta etapa hay que tratar la muerte como algo natural de la vida para estar preparados en esos momentos. El celador podría ser el encargado de cubrir esa situación,proporcionando cuidados de confortando calma y paz durante su llegada a esa fase, la muerte.El celador es el encargado de dar el último adiós al enfermo y trasladarlo al mortuario.Se podría hablar de que el celador debe de tener

unas habilidades aprendidas, como empatía, no perder la calma en los momentos duros transmitiendo a la paciente serenidad y aceptación en su camino. Este debería encargarse de que el paciente y familiares se despidieran en los últimos momentos de vida de este. Esto es fundamental para hacer un mejor duelo. En pandemias hemos vivido momentos muy duros y trágicos a nivel psicológicos y emocional tanto pacientes como familiares. El paciente sufría más ansiedad, miedo, incertidumbre por no tener contacto con sus familiares con un importante desgaste psicológicos y emocional digamos que su alma no ha podido oírse en paz. Esto es algo que el celador ha aprendido y debe luchar por ello en futuras pandemias. En una situación de sufrimiento existencial (síntomas refractario), cuando el paciente no responda a tratamientos

Disponibles, no puede controlar y la persona sufre, el médico puede y debe disminuir la conciencia del paciente para evitar un final perjudicial y traumático como es una muerte con sufrimiento. Los fármacos que se utilizan en la sedación paliativa suelen ser benzodiacepinas como el midazolam. En la eutanasia barbitúricos.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe saber muy bien sus funciones. Es un miembro más del equipo multidisciplinar que desarrolla un apoyo físico y emocional del paciente terminal. Realiza medidas de confort realizando cambios posturales en colaboración con los auxiliares, según este pautado por el médico y un apoyo emocional o espiritual. El celador debe hacer saber al paciente en todo momento que está dispuesto a escucharle, hablarle con suavidad y tranquilidad que es fundamental. El paciente aunque no lo parezca lo agradece y recibe el mensaje. Es necesario recordar al paciente donde está y con quien. En el caso de agitación del paciente llamar al equipo médico. En el proceso de sedación paliativa se consigue disminuir la conciencia del paciente y así disminuir su sufrimiento por eso se les duerme. En la eutanasia las dosis son letales. La supervivencia de la sedación tiene una duración de entre horas y pocos días. En la eutanasia. En la eutanasia directamente las dosis son letales, tienen una duración de minutos. Cada año mueren en España 75000 personas sin posibilidad de cuidados paliativos, un 60% necesitan un final digno y apacible en su momento.

6 Bibliografía

<https://WWW.osakidetza.euskadi.ues>

(Medicos/pacientes.com/dr.jacinto bostiz)

BOE 25/3 LEY ORGANICA3/2021 DE 24 MARZO

Revista independiente 25 junio.los medico publican una guía de paliativos con la que no se debería hacer falta la eutanasia.

Capítulo 193

LAS FUNCIONES DE LA FIGURA DEL CELADOR EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO

SERGIO CAMACHO CORDERO

SAMUEL RUIZ HERNÁNDEZ

DAVID BODAS GÓMEZ

JONATHAN SOLDADO HERVAS

RAQUEL DÍAZ GALVEZ

1 Introducción

Tanto como en los hospitales como en los centros de salud se diferencian dos tipos de almacén. Uno de ellos es la farmacia (donde se conservan en neveras, congelador o estanterías a temperatura ambiente). El otro es el que designamos almacén general o almacén hospitalario.

Esta última se va a fraccionar a su vez en varios almacenes, son los siguientes: almacén de material de mantenimiento de material clínico fungible (material desechable), de material quirúrgico, de aparataje de oficina, de lencería etc. El almacén es el único sitio donde se descarga generalmente la mercancía. Debe de estar equipado para guardar cualquier tipo de material, por lo que es fundamental tener en cuenta una buena estructura del almacén hospitalario en el que optimizar el espacio tiene un factor con gran peso. Con la finalidad de asegurar y

garantizar abastecimiento a los distintos servicios y unidades de los hospitales cualquier momento que se necesite y a un precio conveniente. Por último, vamos a especificar cuáles son las funciones del almacén hospitalario. Recepción del todo el material pedido por las hospitalarias. Se efectúa un control de calidad, asegurarnos de que haya espacio suficiente para el almacenamiento y colocación de las mercancías, y además en este sitio es donde se realizan y preparan el envío de los pedidos. Para concretar lo que anteriormente hemos mencionado la función más importante es la custodia de los medicamentos y material hospitalario, abastecimiento y reparto de los diferentes materiales.

2 Objetivos

- Conocer y saber bien que es el almacén hospitalario.
- Explicar cuáles las funciones del celador ante en el almacén hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello se han utilizado las siguientes fuentes de información: revista médica, celadores online blog y congreso Sicepa. Además nos hemos basado en la experiencia propia del trabajo realizado en diferentes hospitales.

4 Resultados

La figura del celador de almacén fue creada por acuerdo del congreso de ministros de 29 de junio de 1990 y aprobada por la resolución de 17 de junio de 1990. El celador de almacén realiza las siguientes funciones.

- Responsable del muelle de descarga: deben de decepcionar la mercancía verificando que existe el albarán y número de bultos exactos, en el mismo, además de transportarlos al almacén.
- Encargado de almacén: debe de colocar los productos en su lugar (estanterías, neveras, armarios) confirmar que los vales del pedido interno de cada servicio están bien cumplimentados, disponer de los productos solicitados, repartirlos y distribuir los pedidos internos.
- Colocación en las estanterías de los distintos materiales de forma que se puedan identificar con facilidad.

-A menudo se revisa todo el material, tanto del producto que ha entrado o recibido como del que sale.

-Por otro lado participará activamente en el inventario general.

-Y, por último, tiene que mantener informadora responsable del almacén, de todas las entradas de material hospitalario.

Es muy conveniente que los celadores de almacén efectúen el trabajo de forma adecuada aplicando los principios básicos de prevención de riesgos, sobre todos los que tienen que ver con la manipulación manual de cargas pesadas para así evitar futuras lesiones. Además es fundamental tener en cuenta varios objetivos a la hora de ejecutar la distribución de material, estos objetivos constan que el celador debe ser rápido, efectivo, resolutivo, responsable y seguro a la hora de cumplir con su puesto de trabajo. Por otra parte cabe resaltar que existen una serie de fases en el trabajo de suministros, este es el conjunto de tareas para poder proporcionar los materiales al almacén hospitalarios y a los demás servicios sanitarios. Estas fases son las siguientes: previsión de aprovisionamiento, planificación de las adquisiciones, tramitación administrativa de contratación, efectuar la petición del material, recibir y verificar todas las mercancías, almacenaje, gestión de stock y por último lugar la repartición de los pedidos hospitalarios en conclusión es importante recordar que hay que realizar el inventario. Es el cálculo que todos estos productos van a tener que estar adjudicados con un código, algo que es muy importante a la hora de hacer el inventario del material.

5 Discusión-Conclusión

El almacén es un lugar esencial para un perfecto servicios de las instituciones sanitarias, debido a que si no se realiza de una forma correcta, esto puede dañar seriamente a la salud de los pacientes, esto puede llegar a dar una mal imagen a los usuarios sobre el centro hospitalario. El buen y correcto aprendizaje del celador respecto a las diferentes funciones que debe ejercer en el almacén, son un aspecto importante que se debería desarrollar.

Con lo cual, como hemos comentado anteriormente son imprescindible las funciones de celador así mismo de que ejecuten como es debido y sin pausas.

La labor del celador dentro del equipo hospitalario es clave para conservar un buen mantenimiento y aspecto idóneo y apropiado del hospital, en este capítulo es el almacén hospitalario.

6 Bibliografía

- 1.Revista medica.Disponible en: <https://revistamedica.com/celador-servicio-almacen/#objetivos>.
- 2.Celadores online blog.disponible en <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-26-el-celador-en-el-servicio-del.html>.
- 3.Revista medica.Disponible en: <https://revistamedica.com/almacen-hospitalario-almacen-hospitalario-celador/>
- 4.Congreso sisea.Disponible en: <https://congresosicepa.com/funciones-celador-almacen-hospitalario/>.

Capítulo 194

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA DOCUMENTAL A LOS PACIENTES EN LOS CENTROS DE SALUD

BEATRIZ REDONDO NIETO

ALBERTO CANTADOR CECILIA

NURIA GARCÍA MONTESINO

PABLO ANTONIO MARIN MADRID

OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ

1 Introducción

La asistencia documental no solo se efectúa y acomete de forma presencial, sino que se acomete, también, a través de la asistencia y la atención telefónica.

Esta atención telefónica citada está cobrando una considerable importancia, sobre todo en el tiempo actual, a partir del suceso de la pandemia que desoló al mundo, debido a que muchas de las gestiones y cometidos administrativos se pueden acometer por el modo de la vía telefónica, agilizando así muchísimo los correspondientes trámites y así evitando que los enfermos y/o usuario/paciente se expongan teniendo que acudir a los centros sanitarios.

Durante la situación de pandemia, la atención y asistencia vocal y visual telefónica fue el único método y forma para poder acceder a las asistencias normales

de consultas médicas, y se tuvo que cambiar y entrar en modificación todo el procedimiento de la gestión, siendo por esta parte requerible un gran esfuerzo de gestión y de organización, incrementado notablemente el número de personal trabajador de auxiliar administrativo.

Desde la situación de la pandemia, esta forma de gestión y organizativa, se ha implantado en nuestro sistema de salud y se ve que es para quedarse.

El auxiliar administrativo debe saber ser empático y expresarse correctamente, ya que la comunicación con el usuario o paciente es en la gran mayoría de los casos solamente por la palabra, por lo que es fundamental, el tono controlado de voz, es decir, la forma y modo de comunicarse.

En la atención por teléfono, lo primero que se debe de tener en consideración, es que el auxiliar administrativo y como profesional en su campo, es la imagen en ese momento del centro sanitario, de contestar el teléfono en una llamada.

2 Objetivos

El objetivo principal es dar a conocer cómo se deben establecer y lograr gestionar una buena recepción de las llamadas telefónicas en un centro de salud, por parte del auxiliar administrativo.

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 ejecutado 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 de salud el teléfono es la forma de comunicación más utilizada y es la primera toma de contacto que tiene el usuario o paciente con el centro de salud.

Las características principales y particularidades del Auxiliar Administrativo en sanidad para desempeñar esta función se podrían concretar en resumen en: ser siempre empático, el tono que debe manejarse debe de ser el correcto y adecuado,

ostentar una alta capacidad comunicativa, saber escuchar activamente y ser resolutivo, ante los problemas y circunstancias que se puedan llegar a plantear.

Para una buena y eficaz atención telefónica, la información que se facilita al usuario o paciente debe de ser siempre consecuente, fiable y de calidad, la escucha ha de ser como referiremos anteriormente activa y asertiva, para poder resolver las circunstancias y necesidades del usuario o paciente, el auxiliar administrativo que realiza su trabajo en el ámbito sanitario debe de actuar con claridad y hay que responder de siempre de modo ágil, resolutivo y eficiente.

El auxiliar administrativo cuando realiza la acción de contestar una llamada, para que esta logre ser de calidad en cuanto a la comunicación se establecen unas pautas:

- No se deberá dejar sonar durante mucho rato el teléfono.
- Contestar inmediatamente con una frase de saludo y sobre todo de identificación del centro o institución al que están llamando.
- Contestar en todo momento con una voz totalmente clara, empática y pausada.
- Se debe intentar en la medida de lo posible resolver los inconvenientes que logren aparecer, precedentemente de colgar la llamada, sin asumir en ningún momento la responsabilidad de la circunstancia que se presente o del problema si es que este no está en nuestro ámbito de actuación y competencia.
- Si se diera el caso de tener que transferir una llamada, se deberá de informar siempre al usuario o paciente que lo vamos a transferir.
- No se debe dejar al usuario o paciente en el modo espera por largo tiempo y se le debe de exponer e informar el porqué de esa espera.
- Si el usuario/paciente demanda hablar con otra persona y resulta que esta no está disponible, se le tomarán los correspondientes datos al paciente o usuario, para así poder posteriormente devolverle la llamada.
- No se debe bajo ningún concepto entrar en discusión con el usuario y por supuesto mucho menos elevar la voz o inclusive gritarle.
- Para terminar la atención telefónica, se debe siempre agradecer al usuario o paciente por su llamada y esperar siempre a que sea él mismo el que cuelgue el teléfono.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones y competencias que desempeñan los auxiliares administrativos en el ámbito y contexto de la sanidad, requieren de mucha empatía, habilidad, resolución, paciencia y comprensión.

Para una correcta y adecuada atención telefónica, el auxiliar administrativo debe ostentar una alta capacidad y eficacia comunicativa, ya que solo se relacionan con el paciente o con el usuario de forma y manera auditiva.

La gestión y administración de su trabajo que desempeña el auxiliar administrativo en la atención telefónica en un contexto o en el ámbito sanitario, es fundamental, puesto que los usuarios/pacientes llaman a su centro de salud o a su hospital de referencia, para gestiones documentales, demandar, cambiar o cancelar las citas.

6 Bibliografía

1. http://recursos.cnice.mec.es/lengua/profesores/eso1/t1/teoria_1.htm.
2. <https://www.aicad.es/atencion-telefonica-empresa/>.
3. https://biblioteca.unex.es/files/intranet/Procedimientos/Comunicaci%C3%B3n/SBAD-MC-003-BUENAS_PR%C3%81CTICAS.pdf.

Capítulo 195

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ADMISION DE URGENCIAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SUS FUNCIONES

BEATRIZ REDONDO NIETO

NURIA GARCÍA MONTESINO

ALBERTO CANTADOR CECILIA

PABLO ANTONIO MARIN MADRID

OSCAR RODRIGUEZ GUTIERREZ

1 Introducción

El Servicio o unidad de las Urgencias Hospitalarias en sanidad, es un servicio que como medida y norma general se encuentra en cuanto a localización en el interior del hospital y que es especializado y dedicado a la atención y asistencia de todos los usuarios/pacientes que requieran, precisen y demanden asistencia inminente o urgente, con capacidad por si fuese necesario de establecer su ingreso en una de las plantas de unidades de hospitalización, reubicar al individuo demandante a otro nivel asistencial o inclusive de derivarle si se solucionó las circunstancias por la que asistió a la urgencia el alta al domicilio.

Los servicios de las unidades de urgencias ostentan como propósito y como finalidad la prestación de la atención y asistencia sanitaria tanto urgente como la

inminente a los usuarios/pacientes que la demanden, precisen y soliciten, en el tiempo y modo correcto, con los recursos competentes, tecnológicos y humanos siempre proporcionales y convenientes para satisfacer las demandas de los ciudadanos y de los usuarios/pacientes. Es imprescindible y precisa, para un buen desarrollo y gestión de la actividad asistencial, la colaboración y participación de todos y de cada uno de los profesionales trabajadores de la sanidad y la responsabilidad a su vez de los usuarios/pacientes, para hacer un manejo y uso convenientemente correcto, acorde y adecuado, sin abusar de estos servicios o colapsar el conveniente desempeño de los recursos del sistema y de acuerdo con las útiles necesidades de salud.

2 Objetivos

Definir y dar a conocer la esencialidad del trabajo del profesional auxiliar administrativo en los servicios de las unidades de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

La unidad o servicio destinado a las Admisiones en concreto de urgencias estará localizada en un lugar accesible por norma general en el acceso y al lado de la puerta de entrada las Urgencias del Hospital a fin de recibir al usuario/paciente, registrar su entrada y salida, y distribuirlo a la consulta o Servicio que corresponda.

El servicio o unidad de admisiones de las urgencias hospitalarias logra hacer sus actuaciones de dos modos:

- Como oficina delegada durante el turno normal diurno.
- Como Unidad Central encargada y responsable de las admisiones en los días de festivos, noches, etc.

Son desempeños y labores específicas de la admisión de urgencias por parte del profesional auxiliar administrativo:

Recepcionar al paciente así como registrar a los usuarios/pacientes: Registrando siempre y sistemáticamente los siguientes datos:

- Nombre completo y apellidos del usuario/paciente.
 - Números de NIE o DNI y numeración de la tarjeta Sanitaria.
- Medio de acceso, indicando quién es el que lo remite a la unidad de urgencias: si es por parte del facultativo de familia, el especialista, por iniciativa propia, o inclusive que lo traiga la autoridad local o policial, o traído desde el incidente por el servicio de ambulancias.
- Registro del servicio que será responsable y encargado de atenderle.
 - Número en cuanto a llegada de orden.
 - Recabar los datos de los teléfonos para un posible contacto.
 - Motivo de la utilización o porque demanda del servicio de urgencias.
 - La correspondiente hora y la fecha del ingreso.
 - Entrega de las pegatinas identificativas para el informe y la correspondiente pulsera identificativa.
 - Es conveniente en todo momento el manejo y uso de un lenguaje educado, sobre todo cuando el usuario/paciente o inclusive sus familiares o acompañantes se encuentren nerviosos o alterados.
 - La información que un auxiliar administrativo dentro de sus competencias aporte a los usuarios será lo más completa posible, a excepción de aquella relativa a la enfermedad o que sea de competencia y que solo atañe al usuario/paciente.
- El Auxiliar administrativo está obligado en todo momento a guardar el Secreto Profesional de todo lo que conozca o maneje de información del paciente a causa del ejercicio de su profesión.

5 Discusión-Conclusión

Aunque con demasiada frecuencia permanecen en un segundo plano, los profesionales auxiliares administrativos que desarrollan su labor en la asistencia y atención en el ámbito de la salud, suponen una pieza clave en el complicado engranaje organizativo de las unidades urgencias hospitalarias, complementando la inestimable y esencial labor del profesional sanitario.

Y que lo que tenemos que destacar aquí del desarrollo de este artículo será la importancia que ostenta el trato que se le proporcione al usuario/paciente o enfermo, en cuanto al manejo y uso de sus datos conveniente, además, de un trato de empatía y el saber respetar y no cuestionar en ningún momento su situación,

así como el obligatorio deber de guardar por ley el secreto profesional, en todo lo relativo a los datos del enfermo y su situación.

6 Bibliografía

1. Essaeformacion.com. Desempeños del auxiliar administrativo de urgencias.
2. Ocronos. Revista médica y de enfermería . El auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisiones. Gema María Rivilla Juárez.
3. www.auxiliaradministrativoesonline.blogspot.com. Actuación del auxiliar administrativo en el servicio de urgencias.
4. Comunidad de Madrid.: Atención -urgencias- emergencias-sanitarias.

Capítulo 196

EL INGENIERO DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO: SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS, COLUMNA SECA

ALBERTO AVIVAR ROZALÉN

GABRIEL MOLINA CUESTA

OSCAR MARTÍNEZ BAÑUL

LUIS JESÚS MOLINA GIGANTE

1 Introducción

Cuando vamos a un Hospital, no nos percatamos de determinados detalles, como es el caso de las columnas secas, que por lo general nadie sabe los que son y para qué sirven. Pues bien, la columna seca es una red de tuberías colocadas en dirección vertical (de ahí su nombre de columna) colocada por el exterior del hospital, en muchos casos junto a la escalera de evacuación y se denomina seca porque en su interior no hay agua (en condiciones normales). En los apartados siguientes, se desarrolla con mayor detalle los elementos que la forman.

La columna seca es un sistema de protección contra el fuego, obligatorio en edificios con cierta altura. En los hospitales son muy comunes estos sistemas.

Este sistema de extinción de incendios está especialmente diseñado para su uso por los BOMBEROS, permitiéndoles alcanzar zonas del hospital, que por otros

medios no podrían llegar. Por ejemplo, cuando el incendio se produce en las plantas altas de un hospital, los bomberos no pueden acceder con sus grúas, ni con las mangueras conectadas a sus camiones, es por ello que utilizan la columna seca para llegar a esas zonas. De esta manera pueden atacar el incendio por el exterior del edificio, enfriando el sector afectado o conectando en la columna con mangueras de 45 mm atacando el incendio por el interior del edificio a través de las puertas de evacuación.

Es un tema que, aunque desconocido, es bastante importante y merece la pena conocer su funcionamiento, siendo el ingeniero el responsable del buen funcionamiento de estos sistemas.

2 Objetivos

Dar a conocer la columna seca como sistema de extinción de incendios.

Indicar las pautas para el mantenimiento de las mismas, resaltando el papel del Ingeniero del Hospital en esta tarea.

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 columnas secas son exigidas principalmente en Hospitales, más que en centro médicos ya que son necesarios cuando la altura de evacuación exceda de 15 m. Estos sistemas son para uso exclusivo de BOMBEROS, ya que estos sistemas necesitan ser conectados a los equipos de presión de sus camiones y a un suministro de agua que ellos consideren.

Las columnas secas, estarán formadas por:

- Conexión de agua en fachada o en zona donde pueda aparcar si dificultada un camión de bomberos, con la indicación de «USO EXCLUSIVO BOMBEROS», provista de conexión siamesa con llaves incorporadas, válvula anti-retorno y racores de 70 mm, con tapa y llave de purga de 25 mm.

- Tubería vertical (columna) de acero galvanizado DN80, la cual estará vacía en condiciones normales, de ahí su nombre.

Los sistemas de columna seca ascendentes tendrán salidas en las plantas pares hasta la octava y a partir de ésta en todas. Tendrán conexión siamesa, con llaves incorporadas y racores de 45 mm con tapa. Cada 4 plantas, se instalará una válvula de seccionamiento, al pasar la salida de planta correspondiente.

Las bocas de salida de la columna seca se colocarán en escaleras de evacuación o en vestíbulos previos a ellas.

Cada edificio dispondrá del número de columnas suficientes para que la distancia entre ellas sea inferior a 60 m. Cada columna, tendrá su toma independiente en fachada

Para la realización del mantenimiento de estos sistemas se organizarán temporalmente del siguiente modo:

Cada 6 meses:

- Comprobar que la zona señalizada en la calle, para el estacionamiento del camión de bomberos se encuentra libre, así como el trayecto para acceder a ese sitio.
- Comprobar la accesibilidad en las tomas de planta.
- Comprobar la señalización.
- Comprobar que las tapas y sus cierres funcionan correctamente.
- Abrir y cerrar todas las llaves de la instalación, comprobando que funcionan bien.
- Comprobar que están cerradas las llaves de las conexiones siamesas.
- Comprobar que están abiertas las válvulas de seccionamiento.

El Ingeniero del Hospital, dentro del servicio de mantenimiento, será el responsable del buen estado de estas instalaciones.

5 Discusión-Conclusión

Las columnas secas es un sistema de extinción utilizado cuando el incendio ya se ha iniciado y se encuentra en una fase avanzada, solo puede ser utilizado por los BOMBEROS y les permite llegar a lugares del edificio donde de otra forma

no se podría. Generalmente se encuentran en el exterior, permitiendo su uso sin exponerse al fuego directamente, disminuyendo la probabilidad de que los bomberos queden atrapados en el incendio.

El uso de este sistema de extinción en un Hospital está más orientado a la minimización de los daños económicos, ya que su uso se produce cuando los bomberos han llegado y la evacuación ha sido finalizada y asegurada.

La columna seca es capaz de soportar gran caudal de agua, a elevada presión, incluso se puede usar agua combinada con espumógeno, todo esto hace que sea un sistema con gran efectividad para acabar con un incendio.

Estos sistemas prácticamente no se llegan a poner nunca en marcha, por ello es primordial realizar un buen mantenimiento sobre ellos, siendo el ingeniero el responsable de que esto se lleve a cabo.

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 197

REACCIÓN DEL CELADOR ANTE UNA SITUACIÓN DE ATENTADO EN LA INSTITUCIÓN SANITARIA

RUBEN FERNANDEZ DEL MAZO

1 Introducción

Ante una situación de atentado a la propia Institución Sanitaria, el Celador tiene que reaccionar y es fundamental que dicha reacción esté basada en la tranquilidad y el mantenimiento del orden mediante la cordura, la organización y el saber hacer.

La coordinación con el vigilante de seguridad es fundamental para tener siempre bien controlados los accesos.

Cuando se detecta una familia/paciente que puede ser conflictiva, hay que activar el protocolo de alerta e intentar coordinarse siempre, mínimo dos personas (véase dos Celadores o un Celador y TCAE), tener controlados al paciente, pacientes, familiar o familiares en cuestión.

Cuando comienzan los problemas, es decir, que los sujetos empiecen a atentar contra otros pacientes, familiares o trabajadores/trabajadoras de la Institución, hay que intentar mediar, en primer lugar, para calmar los ánimos, en segundo lugar, avisar a los vigilantes de seguridad y, finalmente, avisar a nuestro superior, Jefe del Personal Subalterno para que tenga constancia de la situación acontecida y de las medidas que se han tomado para subsanar dicha situación.

La actitud del Celador debe ser siempre aséptica, sosegada y centrada, siempre evitar enfrentamientos con las personas conflictivas y orientarlas hacia la razón y el sosiego, para que entiendan que se encuentran en un lugar donde se les pretende ayudar y no perjudicar.

2 Objetivos

- Explicar que el Celador, en su profesión, debe entender el conflicto como una situación a amainar y nunca jamás enfrentarse o buscar el "choque" con la persona que atenta contra la Institución.

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 empleado biografía sobre resolución de conflictos especializada, sobre todo fijándonos en la metodología empleada por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado para el control de situaciones de riesgo, complejas, o de enfrentamiento entre grupos o personas individuales y organismos públicos.

4 Resultados

Como resultados de nuestro estudio queremos reflejar el papel del Celador debe conocer ante una situación de riesgo. El resultado le vamos a explicar con un ejemplo del acceso de una familia conflictiva en triaje de urgencias:

Cuando una persona, por ejemplo, acude a urgencias del hospital con signos que son claramente provocados por una gripe convencional, y esa persona lo primero que le indica al Celador que tiene que ser atendida de inmediato. El Celador debe tranquilizarle, indicándole que hay diferentes tipos de urgencias, que suelen estar explicadas por colores en las distintas instituciones sanitarias. El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Se le informa al paciente, que los niveles de urgencias son:

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.

- Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos.

Estamos hablando de una urgencia Nivel IV o Nivel V... si el paciente, tras toda nuestra explicación, empieza a ser violento (también sus familiares) o insiste en que hay que prestarle atención inmediata, es el momento en que tenemos que hablar con el guardia de seguridad y con el Jefe del Personal Subalterno para explicar que la situación ya queda fuera de nuestra mano.

Este es el resultado y la actitud que debe tener un Celador ante un paciente conflictivo o que intenta atentar, faltar el respecto o acceder a la institución de forma inadecuada.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión de nuestro estudio se trata de que el Celador debe siempre buscar técnicas para calmar situaciones de alto riesgo dentro de cualquier institución sanitaria. Cuando nos encontramos un paciente o unos familiares (o ambos) conflictivos, el Celador debe, mediante el diálogo y el sosiego, encauzar hacia su terreno a dichas personas, siempre con la ayuda del vigilante de seguridad e, incluso, de profesionales auxiliares de enfermería que pueden estar cerca o, incluso, por otros compañeros Celadores.

La psicología es fundamental para llevar situaciones de alto riesgo a que sean meras anécdotas y quede simplemente en un momento complejo que se ha subsanado con agilidad.

6 Bibliografía

1. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-24492013000300006&script=sci_arttext&tlng=en.
2. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. ISSN: 1514-9838 asociacionsarda@yahoo.com.ar Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Argentina.
3. Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

4. <https://www.interior.gob.es/opencms>.

Capítulo 198

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y EL REGISTRO CIVIL POR NACIMIENTO DESDE EL HOSPITAL

LIDIA SANCHEZ DIAZ

1 Introducción

Toda persona tiene derecho a la identidad. La identidad es el reconocimiento jurídico y social de una persona, además del derecho a pertenecer a un Estado, un territorio, una sociedad y una familia, preservando así la dignidad individual y colectiva.

Cada país está obligado a garantizar que todas las personas posean el reconocimiento de la identidad, utilizando para ello diferentes mecanismos que faciliten el acceso al registro de nacimiento.

El registro hospitalario es una conexión (física o virtual) que tiene el Hospital con las oficinas del registro civil, haciendo posible la inscripción de nacimiento desde el Hospital.

El sistema de registro puede ser bien a través de la instalación de una oficina del registro civil en el área maternal del hospital, o bien conectando electrónicamente desde el hospital con el sistema de registro civil municipal.

Con el servicio de registro hospitalario se reduce y ahorra tiempo, ayudando a los padres en el proceso burocrático. Los beneficios del registro de nacimiento

hospitalario son múltiples y variados, promoviendo además la importancia de la identidad civil para los niños y niñas.

El profesional encargado de realizar el registro de nacimiento en el Hospital es el Auxiliar Administrativo de los sistemas sanitarios. Este profesional realizará la inscripción del bebé en el registro civil, aportando datos como fecha y hora de nacimiento, nombre de los progenitores, lugar de nacimiento, matrona que lo recibió, entre otros.

El Auxiliar Administrativo de los sistemas sanitarios debe contar con la formación adecuada para realizar esta inscripción administrativa.

2 Objetivos

Analizar la labor del Auxiliar Administrativo de los sistemas sanitarios en el proceso de registro civil por nacimiento desde el Hospital.

3 Metodología

La estrategia de búsqueda utilizada para realizar la revisión bibliográfica se ha basado en recopilar la información necesaria para extraer ideas principales sobre el registro hospitalario civil por nacimiento. Las bases de datos científicas consultadas han sido Medline, Cuiden y Scielo.

4 Resultados

El registro civil es el principal responsable de implementar el registro hospitalario. Es fundamental establecer un compromiso entre el Registro Civil y la Dirección del Hospital para facilitar la inscripción de nacimiento de un bebé.

El éxito del registro civil hospitalario asegura que todos los niños y niñas nacidos en el hospital sean inscritos antes de que abandonen el centro hospitalario, garantizando así su inscripción como ciudadano.

Para que este proceso pueda llevarse a cabo, es necesario que el Hospital cuente con unas infraestructuras y mobiliario adecuados, contando con una instalación previa de equipos, red, acceso a Internet y sistema registral.

Los pasos que deben realizar los Auxiliares Administrativos de los servicios sanitarios para realizar el proceso de alta en el registro de nacimiento, utilizando para ello la aplicación de nacimientos y defunciones del registro civil, son los siguientes:

- Registrar el alta del bebé inmediatamente después del nacimiento.
- Indicar la identificación de los progenitores (DNI o pasaporte).
- Enviar la documentación necesaria: certificado médico de nacimiento donde figura el sexo, hora, día y lugar del nacimiento, así como la identidad de la madre.
- Expedir el certificado donde se acredita que la documentación ha sido presentada.
- Realizar este procedimiento en un periodo máximo de 72 horas tras el nacimiento del bebé.
- Para realizar el registro civil por nacimiento al menos uno de los progenitores (padre o madre) debe tener nacionalidad española.

Con todos estos pasos se garantiza que se ha realizado un correcto registro civil del nacido. Para que el registro tenga éxito, el Auxiliar Administrativo de los sistemas sanitarios debe contar con los conocimientos necesarios para ejecutarlo, sabiendo qué documentación es la que tiene que aportar para que este procedimiento sea válido y exitoso.

5 Discusión-Conclusión

La inscripción de nacimiento en el registro civil es un derecho que tiene toda persona. Este proceso hace que el individuo pertenezca a un territorio, un país, una comunidad y una familia.

El Auxiliar Administrativo de los sistemas sanitarios es el profesional encargado de realizar el registro de nacimiento desde el centro hospitalario.

Para que el registro sea exitoso, este profesional debe aportar el certificado médico de nacimiento junto con una serie de datos para aportarle al bebé su identidad.

Es fundamental que el Auxiliar Administrativo de los sistemas sanitarios conozca y sepa realizar el proceso de registro, evitando con ello cualquier error que luego supondría más tiempo y molestia para subsanar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 199

LA HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

ESTER CASTRO ALONSO

1 Introducción

La higiene de manos siempre ha sido de gran importancia, evita la transmisión de bacterias y, por lo tanto, el contagio de enfermedades. Desde la pandemia de la COVID-19 se ha hecho mucho hincapié en cómo es la forma correcta de realizar una buena higiene de manos, durante el confinamiento era un tema muy recurrente en todos los medios. La necesidad de educar a la población en este aspecto se volvió una obligación y un problema de salud pública. Cualquier contacto con las mucosas de las manos infectadas suponía un enfermo más.

Además del lavado corriente de manos que todo el mundo realiza en su casa, existen otros tipos de lavado, más específico y necesario en los centros sanitarios. Además, existen normas de cuándo es apropiado lavarse las manos una vez se haya examinado el paciente. En este capítulo se desarrollarán los momentos en los cuales es importante esa higiene de manos y además se expondrá qué tipos de lavados se usan según la necesidad de desinfección, desde un lavado corriente hasta el lavado necesario para entrar en quirófano donde la asepsia es primordial, cualquier bacteria que entre en el quirófano y entre en contacto con el paciente puede resultar mortal para dicho paciente.

2 Objetivos

- Dar a conocer las técnicas de lavado de manos en el ámbito sanitario, según la necesidad del momento, constatando la importancia que tiene una buena higiene

en la prevención de infecciones.

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

El lavado de manos se debe realizar antes del contacto con el paciente para proteger al paciente de cualquier microorganismo. También se deben lavar las manos antes de realizar cualquier tarea aséptica, después de la exposición a fluidos de los pacientes. Por último, se deben lavar una vez se ha tocado al paciente y después del contacto con el entorno del paciente.

Para lavarse las manos se pueden usar numerosos productos, desde jabón sin antiséptico, pasando por yodos, alcoholes, clorhexidina.

Los tipos de lavado de manos son:

- Lavado higiénico en el que se frota las manos con jabón y se aclaran con agua abundante, se usa para eliminar la suciedad. Los pasos a seguir son: mojar las manos y echar jabón en la palma de una de ellas, a continuación frotar las manos la una contra la otra, posteriormente se frota la palma de una mano con el dorso de la otra y viceversa, también se frotarán los dedos entre sí tanto con ellos estirados como agarrando los dedos de la mano contraria. Se lavarán los pulgares con movimientos de rotación y por último se frota las puntas de los dedos en la palma de la mano contraria. Por último se aclaran las manos con mucha agua y se secan, a ser posible, con una toalla de un solo uso.
- Lavado de manos con jabón antiséptico con el que se elimina no solo la flora transitoria, también la residente, se puede realizar con solución hidroalcohólica o con jabón antiséptico. Los pasos serán los mismos que en un lavado normal de manos.
- Antisepsia quirúrgica: se lavan las manos de forma que se elimine cualquier tipo de microorganismo o materia residual antes de ponerse los guantes de quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que a pesar de existir numerosas soluciones para realizar el lavado de manos, la finalidad es siempre la misma y es que lo que se quiere evitar es el contagio de enfermedades entre personas. Las manos se usan para todo y lo tocan todo, por ello tienen una gran cantidad de suciedad en todo momento que debe de ser eliminada, sobre todo en momentos de mayor riesgo. Los protocolos instaurados en los centros sanitarios evitan la transmisión de enfermedades y la técnica correcta para lavarse las manos evita realizar esta acción en balde, que, por otro lado, debe de durar un minuto y medio al menos.

6 Bibliografía

1. Coelho, M. S., Arruda, C. S., & Simões, S. F. (2011). Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. *Enfermería global*, 10(1).
2. Castañeda-Narváez, J. L., & Hernández-Orozco, H. G. (2016). Lavado (higiene) de manos con agua y jabón. *Acta pediátrica de México*, 37(6), 355-357.
3. Lupión, C., López-Cortés, L. E., & Rodríguez-Bano, J. (2014). Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos entre pacientes hospitalizados. Higiene de manos. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 32(9), 603-609.