VII LECCIONES EN ACTUALIZACIÓN Y FORMACIÓN SANITARIA

Ciencia Sanitaria.es

SOCIFOSA
Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria
Socifosa.es

VII Lecciones en Actualización y Formación Sanitaria

VII Lecciones en Actualización y Formación Sanitaria

Fecha de publicación: 21 de julio 2023

1º 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: 978-84-19560-75-9

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1 **EL PRURITO EN LA PIEL: ETIOLOGÍAS POCO CORRIENTES**
CECILIA ARBESÚ SARACHO Y LUCÍA MOLINA CAMPOS **3**

2 **DEMENCIA FRONTOTEMPORAL: ASPECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS**
LUZ MARÍA SABATER GARCÍA **9**

3 **ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO NO HORMONAL DE LA SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA DE LA MENOPAUSIA**
DELMINA RODRIGUEZ RIBEIRO **13**

4 **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO POR MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA: A PROPÓSITO DE UN CASO**
LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA, SONIA BRICEÑO GARCÍA, SANDRA CASTELLANOS CUEVAS, MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS Y LIRIA CHAMORRO RUFO **19**

5 **RIÑÓN ÚNICO FUNCIONAL EN EL NIÑO**
REBECA GARROTE MOLPECERES **25**

6 **COMPLICACIONES EN LA DIÁLISIS PERITONEAL**
MARIA GOMEZ PLAZA, JOSÉ LUIS DÍAZ GARCÍA Y MARIA DEL PRADO PLAZA ZAMORA **31**

7 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA: MANEJO DEL DOLOR EN LA PUNCIÓN DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN HEMODIÁLISIS**
MARIA DEL PRADO PLAZA ZAMORA, JOSÉ LUIS DÍAZ GARCÍA Y MARIA GOMEZ PLAZA **35**

8 IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: UN ENFOQUE DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA
ALEJANDRO TORRES PERALTA, MARIA LUISA ROMERO ALONSO Y ISABEL RUESCAS CALLEJA 39

9 INDUCCIÓN DE LA HIPOTERMIA TRAS PARADA CARDÍACA
CRISTINA JIMENEZ MUÑOZ 43

10 PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.
EVA REDONDO VALDÉS 49

11 LA FIGURA DEL DIPLOMADO/A DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO: FUNCIONES BÁSICAS
MARIA ALIQUE JIMÉNEZ 55

12 POSICIONES PARA AMAMANTAR AL BEBÉ EN LACTANCIA MATERNA
ANA ISABEL MARCILLA LOPEZ, LAURA CASTILLO GARCÍA, MARÍA DEL PILAR GARCÍA RAMÍREZ, JULIA DE LA CALLE RODRÍGUEZ Y LAURA TUREL CALAMARDO 59

13 ENFERMERÍA EN LA DIABETES MELLITUS INFANTIL
ALEJANDRO CERREJÓN RODRÍGUEZ 63

14 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FLEBITIS.
EVA REDONDO VALDÉS 67

15 HIDROTERAPIA DURANTE EL PARTO
ANA MARÍA SUÁREZ SUÁREZ 71

16 RELACIÓN ENTRE LA MALNUTRICIÓN Y EL DESARROLLO COGNITIVO DE LOS NIÑOS
ANA MARÍA SUÁREZ SUÁREZ 79

17 IMPACTO DE LA ALIMENTACIÓN EN EL ESTRÉS OXIDATIVO
ANA MARÍA SUÁREZ SUÁREZ 87

18 IMPORTANCIA DE LA VITAMINA C
ANA MARÍA SUÁREZ SUÁREZ 95

19 ENFERMERÍA Y LOS TIPOS DE EPISTAXIS
ROCIO LOPEZ CALERO, OMAR NAVÍO CAÑADA, BLANCA SÁEZ CASTILLO, TITA AMBROZE Y LUCÍA DE LA OSA CASERO 109

20 PACIENTES CON CIRROSIS Y DEGENERACIÓN HEPÁTICA POR ENFERMERÍA
ROCIO LOPEZ CALERO, OMAR NAVÍO CAÑADA, BLANCA SÁEZ CASTILLO, TITA AMBROZE Y LUCÍA DE LA OSA CASERO 115

21 ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS AL PACIENTE HEMORRAGIA DIGESTIVA
ROCIO LOPEZ CALERO, OMAR NAVÍO CAÑADA, BLANCA SÁEZ CASTILLO, TITA AMBROZE Y LUCÍA DE LA OSA CASERO 119

22 DISFAGIA: UN ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA
DANIEL MARTÍNEZ ÁLVAREZ, JOSE JAVIER RÍO GARCÍA Y PABLO GARRIDO RODRÍGUEZ 123

23 COLOCACIÓN Y MANTENIMIENTO DE UN CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC). A PROPÓSITO DE UN CASO
JORGE JUBERA SÁENZ, IÑAKI LAYANA FERNANDEZ DE BARRENA Y SARA LEÓN PÉREZ 127

24 LIMPIEZA DE LA HERIDA
MARIA EUGENIA LÓPEZ-ZARCO SÁNCHEZ, RAFAT BREIM FAJIM, ESTHER MARÍA GUERRERO RAMÍREZ, ÁNGELA NARANJO PECO Y MARÍA DEL CARMEN ORTEGA LÓPEZ 133

25 MANEJO Y ABORDAJE DE LA UÑA ENCARNADA EN ATENCIÓN PRIMARIA
RAFAT BREIM FAJIM, ESTHER MARÍA GUERRERO RAMÍREZ, MARIA EUGENIA LÓPEZ-ZARCO SÁNCHEZ, ÁNGELA NARANJO PECO Y MARÍA DEL CARMEN ORTEGA LÓPEZ 137

26 LOS ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES
ESTHER MARÍA GUERRERO RAMÍREZ, ÁNGELA NARANJO PECO, MARIA EUGENIA LÓPEZ-ZARCO SÁNCHEZ, MARÍA DEL CARMEN ORTEGA LÓPEZ Y RAFAT BREIM FAJIM 141

27 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CONJUNTIVITIS INFANTIL
MARÍA PINTO RODRIGO, NATALIA ORTIZ POZO, M.ROSARIO GARCÍA MORA, PAULA MOYA FERNANDEZ Y CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ 147

28 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA SALUD INFANTIL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
MARÍA PINTO RODRIGO, NATALIA ORTIZ POZO, M.ROSARIO GARCÍA MORA, PAULA MOYA FERNANDEZ Y CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ 151

29 LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL (PIA) INVESTIGACIÓN POR ENFERMERÍA
MARÍA PINTO RODRIGO, NATALIA ORTIZ POZO, M.ROSARIO GARCÍA MORA, PAULA MOYA FERNANDEZ Y CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ 155

30 BENEFICIOS DE LA APLICACIÓN DE MÚSICA POR ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO
MIRIAM MARTIN GALLEGO, ELENA HERENCIA PÉREZ, ESTHER CAMPO BEAMUD, MARTA ARIAS SÁNCHEZ Y BELÉN MARTINEZ LÓPEZ 159

31 COLOCACIÓN DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA POR ENFERMERIA EN HERIDA CRÓNICA
MIRIAM MARTIN GALLEGO, ELENA HERENCIA PÉREZ, ESTHER CAMPO BEAMUD, MARTA ARIAS SÁNCHEZ Y BELÉN MARTINEZ LÓPEZ 163

32 CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA DE LA DIETA AYUNO INTERMITENTE
MIRIAM MARTIN GALLEGO, ELENA HERENCIA PÉREZ, ESTHER CAMPO BEAMUD, MARTA ARIAS SÁNCHEZ Y BELÉN MARTINEZ LÓPEZ 167

33 EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN EL TRATAMIENTO DEL PIE DIABÉTICO
GRACIA DÍAZ BAÑÓN 171

34 CASO CLÍNICO CIRUGÍA CONSERVADORA BSGC. PLAN DE CUIDADOS POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORIE GORDON Y PROTOCOLO QUIRÚRGICO
ANDREA GINÉS GARCÍA 181

35 ENFERMERÍA EN LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA
ANA MARIA PECES MARTIN, JESÚS UREÑA DE LA RUBIA, MÓNICA LYLIÁM PEREYRA MARECO, MARIA SALGUERO GARCIA Y ELENA GÁLVEZ GÓMEZ 193

36 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA RECOLECCIÓN DE ORINA EN BEBÉS Y NIÑOS
ANA MARIA PECES MARTIN, JESÚS UREÑA DE LA RUBIA, MÓNICA LYLIÁM PEREYRA MARECO, MARIA SALGUERO GARCIA Y ELENA GÁLVEZ GÓMEZ 199

37 ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL
ANA MARIA PECES MARTIN, JESÚS UREÑA DE LA RUBIA, MÓNICA LYLIÁM PEREYRA MARECO, MARIA SALGUERO GARCIA Y ELENA GÁLVEZ GÓMEZ 203

38 GASOMETRÍA ARTERIAL, INTERPRETACIÓN, MANEJO Y ACTUACIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS VALORES OBSERVADOS
ALMUDENA AROCA LOPEZ, MARTA ALISEDA DIEZ-MADROÑERO, LAURA PLAZA SERRANO, ALVARO GARCIA ALGABA Y MARIA JOSE ARÉVALO LÓPEZ 209

39 ENFERMERÍA Y LAS PRUEBAS PRUEBAS RESPIRATORIAS A LOS PACIENTES
ALMUDENA AROCA LOPEZ, MARTA ALISEDA DIEZ-MADROÑERO, LAURA PLAZA SERRANO, ALVARO GARCIA ALGABA Y MARIA JOSE ARÉVALO LÓPEZ 217

40 LA ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS TRANSFUSIONES
ALMUDENA AROCA LOPEZ, MARTA ALISEDA DIEZ-MADROÑERO, LAURA PLAZA SERRANO, ALVARO GARCIA ALGABA Y MARIA JOSE ARÉVALO LÓPEZ 221

41 ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO
ALBERTO GONZÁLEZ MOLINA, RUBÉN GARCÍA HERVÁS, LUIS MIGUEL CAÑADAS ALBA, RICARDO MORALES RUIZ Y LAURA BROCEÑO DEL HOYO 227

42 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRATAMIENTOS EN HEMODIÁLISIS
ALBERTO GONZÁLEZ MOLINA, RUBÉN GARCÍA HERVÁS, LUIS MIGUEL CAÑADAS ALBA, RICARDO MORALES RUIZ Y LAURA BROCEÑO DEL HOYO 231

43 CONOCIMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE OXIURIOS
ALBERTO GONZÁLEZ MOLINA, RUBÉN GARCÍA HERVÁS, LUIS MIGUEL CAÑADAS ALBA, RICARDO MORALES RUIZ Y LAURA BROCEÑO DEL HOYO 235

44 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION EN UNA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA DE URGENCIA
NATALIA MOTA PICAZO, JOSE LUIS MOLINA INIESTA, JAVIER MOLINA INIESTA, CARLOS MOLINA INIESTA Y NATALIA CAVA RUIZ 239

45 LOS CUIDADOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA TRAS LA CIRUGÍA DE HALLUX VALGUS
NATALIA MOTA PICAZO, JOSE LUIS MOLINA INIESTA, JAVIER MOLINA INIESTA, CARLOS MOLINA INIESTA Y NATALIA CAVA RUIZ 243

46 FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL TRIAJE DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
BEATRIZ VALENTIN FERNANDEZ, NAIRA GALIANO BARBADO, MARIA ANGUSTIAS BARNEO SILVAN, SANDRA RODRIGUEZ CORRALES Y RAUL MARTIN ARIZA 247

47 **FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL DOLOR**
BEATRIZ VALENTIN FERNANDEZ, NAIRA GALIANO BARBADO, MARIA ANGUSTIAS BARNEO SILVAN, SANDRA RODRIGUEZ CORRALES Y RAUL MARTIN ARIZA 251

48 **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO**
BEATRIZ VALENTIN FERNANDEZ, NAIRA GALIANO BARBADO, MARIA ANGUSTIAS BARNEO SILVAN, SANDRA RODRIGUEZ CORRALES Y RAUL MARTIN ARIZA 255

49 **LESIONES DEL PIE DIABÉTICO**
MARÍA ALISES ROMERO, CRISTINA FERNÁNDEZ GARCÍA, MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ GARCÍA, GLORIA TORRES ROMERO Y MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA 259

50 **CIRUGÍA CITORREDUCTORA Y LA QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL**
ANA MARÍA SUÁREZ SUÁREZ 263

51 **IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA SOBRE LA HIGIENE DE MANOS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES**
MARIA LUISA ROMERO ALONSO, ISABEL RUESCAS CALLEJA Y ALEJANDRO TORRES PERALTA 275

52 **TERAPIA DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL CONTINUA**
CRISTINA FERNÁNDEZ GARCÍA, MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ GARCÍA, MARÍA ALISES ROMERO, GLORIA TORRES ROMERO Y MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA 279

53 **SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO**
YOLANDA CORPAS GARCIA 285

54 **ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
YOLANDA CORPAS GARCIA 291

55 AUSENTISMO LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
YOLANDA CORPAS GARCIA **297**

56 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DOLOR POSTOPERATORIO
YOLANDA CORPAS GARCIA **303**

57 CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS
YOLANDA CORPAS GARCIA **309**

58 PLASMA RICO EN PLAQUETAS: APLICACIÓN CLÍNICA EN DIFERENTES ESPECIALIDADES MÉDICAS
YOLANDA CORPAS GARCIA **317**

59 GASTROSTOMÍA: CUIDADOS Y ROL ENFERMERO
MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ GARCÍA, CRISTINA FERNÁNDEZ GARCÍA, MARÍA ALISES ROMERO, GLORIA TORRES ROMERO Y MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA **325**

60 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON ALZHEIMER
NATALIA MOTA PICAZO, JOSE LUIS MOLINA INIESTA, JAVIER MOLINA INIESTA, CARLOS MOLINA INIESTA Y NATALIA CAVA RUIZ **331**

61 EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA (SIR)
VÍCTOR VILLAESCUSA MARTÍNEZ, ANA CORCUERA CANTABRANA Y DAVID BENITO PORTUGAL **335**

62 MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE
ROCIO PEREZ CAULIN, CARMEN ALCÁNTARA SIELVA, CHRISTIAN SOLER GARCÍA, PATRICIA SÁNCHEZ GARCÍA Y PABLO PLA PIQUERAS **339**

63 ACTUALIZACIÓN EN CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA
ROCIO PEREZ CAULIN, CARMEN ALCÁNTARA SIELVA, CHRISTIAN SOLER GARCÍA, PATRICIA SÁNCHEZ GARCÍA Y PABLO PLA PIQUERAS **343**

64 **ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE INTRODUCCIÓN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**
ROCIO PEREZ CAULIN, CARMEN ALCÁNTARA SIELVA, CHRISTIAN SOLER GARCÍA, PATRICIA SÁNCHEZ GARCÍA Y PABLO PLA PIQUERAS **347**

65 **TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS EN SUS DIFERENTES ESTADIOS Y GRADOS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MARIA GOMEZ PLAZA, MARIA DEL PRADO PLAZA ZAMORA Y JOSÉ LUIS DÍAZ GARCÍA **351**

66 **LA RELEVANCIA DE LA FORMACIÓN ENFERMERA PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS CLÍNICOS**
ISABEL RUESCAS CALLEJA, ALEJANDRO TORRES PERALTA Y MARIA LUISA ROMERO ALONSO **355**

67 **TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN: ALGINATO FRENTRE A HIDROCOLOIDE**
BORJA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ **361**

68 **UTILIZACIÓN DE OXÍGENO A ALTO FLUJO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN URGENCIAS**
ANA BELÉN SEGURA OCHOA **369**

69 **IMPORTANCIA DE LA IMPLANTACIÓN DE LA FIGURA DE ENFERMERA ESCOLAR**
MARIA JOSE MARTIN ALBO PRIETO, MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA, ALBA FERNÁNDEZ OLIVER, VICTORIA DELGADO PALACIOS Y BELÉN VALVERDE IZQUIERDO **375**

70 **FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL ICTUS CEREBRAL**
HERMINIO PASCUAL LÓPEZ, CRISTIAN SANCHEZ SANCHEZ, LAURA RIONDA MORALES, ANA BELEN SEÑORÓN PÉREZ Y PATRICIA GARCIA-PASCUAL BARRANCO **379**

71 **FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA**
HERMINIO PASCUAL LÓPEZ, PATRICIA GARCIA-PASCUAL BARRANCO, ANA BELEN SEÑORÓN PÉREZ, LAURA RIONDA MORALES Y CRISTIAN SANCHEZ SANCHEZ **383**

72 **FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA PARADA CARDIORESPIRATORIA**
HERMINIO PASCUAL LÓPEZ, CRISTIAN SANCHEZ SANCHEZ, LAURA RIONDA MORALES, ANA BELEN SEÑORÓN PÉREZ Y PATRICIA GARCIA-PASCUAL BARRANCO **387**

73 **ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE QUEMADO**
MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA, MARIA JOSE MARTIN ALBO PRIETO, ALBA FERNÁNDEZ OLIVER, VICTORIA DELGADO PALACIOS Y BELÉN VALVERDE IZQUIERDO **391**

74 **ENFERMERÍA Y SOPORTE VITAL EN AHOGAMIENTO DE PACIENTES ADULTOS**
MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA, MARIA JOSE MARTIN ALBO PRIETO, ALBA FERNÁNDEZ OLIVER, VICTORIA DELGADO PALACIOS Y BELÉN VALVERDE IZQUIERDO **395**

75 **ENFERMERÍA PERIOPERATORIA: COLABORACIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE**
VICTORIA DELGADO PALACIOS, MARIA JOSE MARTIN ALBO PRIETO, ALBA FERNÁNDEZ OLIVER, MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA Y BELÉN VALVERDE IZQUIERDO **399**

76 **EL PACIENTE DIABÉTICO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**
MARÍA PLAZA GASCÓN, LAURA SOLETO ALVARADO, ANA CAMPOS GARCÍA, NADIA MARTINEZ MOHAMED Y LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE **403**

77 **EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE AHOGAMIENTO**
LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE, MARÍA PLAZA GASCÓN, LAURA SOLETO ALVARADO, ANA CAMPOS GARCÍA Y NADIA MARTINEZ MOHAMED **407**

78 **FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UCI PEDIÁTRICA**
ALBA FERNÁNDEZ OLIVER, MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA, MARIA JOSE MARTIN ALBO PRIETO, VICTORIA DELGADO PALACIOS Y BELÉN VALVERDE IZQUIERDO **413**

79 **FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN EL USO DE LOS DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS COMO ALTERNATIVA A INTUBACIÓN OROTRAQUEAL**
LIRIA CHAMORRO RUFO, SONIA BRICEÑO GARCÍA, SANDRA CASTELLANOS CUEVAS, LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA Y MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS 417

80 **RADIACIONES ULTRAVIOLETA Y EFECTOS SOBRE LA SALUD**
SONIA BRICEÑO GARCÍA, LIRIA CHAMORRO RUFO, SANDRA CASTELLANOS CUEVAS, LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA Y MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS 425

81 **ENFERMERÍA Y TIPOS DE SUTURAS Y SUS INDICACIONES**
BELÉN VALVERDE IZQUIERDO, MARIA JOSE MARTIN ALBO PRIETO, VICTORIA DELGADO PALACIOS, MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA Y ALBA FERNÁNDEZ OLIVER 433

82 **ENVEJECIMIENTO: COMPRENSIÓN, INVESTIGACIONES DESTACADAS Y PERSPECTIVAS FUTURAS HACIA LA REVERSIÓN DE LOS PROCESOS ASOCIADOS**
MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS, LIRIA CHAMORRO RUFO, SONIA BRICEÑO GARCÍA, SANDRA CASTELLANOS CUEVAS Y LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA 437

83 **RIESGOS LABORALES EN ENFERMERÍA**
ANA CAMPOS GARCÍA, MARÍA PLAZA GASCÓN, LAURA SOLETO ALVARADO, NADIA MARTINEZ MOHAMED Y LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE 447

84 **EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES**
SARA FERNÁNDEZ MUÑOZ, MARIA DEL CARMEN DE LA TORRE BLÁZQUEZ Y MARÍA JOSÉ DE LA TORRE BLÁZQUEZ 451

85 **VALORACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y LOS CUIDADOS POST ALTA SEGUN LA ENFERMERA HOSPITALARIA**
MARIA DEL CARMEN DE LA TORRE BLÁZQUEZ, SARA FERNÁNDEZ MUÑOZ Y MARÍA JOSÉ DE LA TORRE BLÁZQUEZ 455

86 VALORACIÓN DE LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE LA ENFERMERA SEGÚN LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS
MARÍA JOSÉ DE LA TORRE BLÁZQUEZ, MARIA DEL CARMEN DE LA TORRE BLÁZQUEZ Y SARA FERNÁNDEZ MUÑOZ 459

87 LA ENFERMERÍA Y SU PAPEL CON LOS TRASPLANTES CARDIACOS Y LOS CUIDADOS DE SALUD PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS
ANA CRUZ SERRANO CUENCA, LIDIA SIMARRO TENDERO Y SANDRA CEBRIAN MONTEAGUDO 463

88 LA ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOSA VÍA PARENTERAL POR PARTE DE LA ENFERMERA HOSPITALARIA
LIDIA SIMARRO TENDERO, ANA CRUZ SERRANO CUENCA Y SANDRA CEBRIAN MONTEAGUDO 469

89 LOS TRATAMIENTOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA POR PARTE DE LA ENFERMERA
SANDRA CEBRIAN MONTEAGUDO, LIDIA SIMARRO TENDERO Y ANA CRUZ SERRANO CUENCA 475

90 MEDICIÓN DEL PULSO
RUBÉN REQUENA LÓPEZ, MARÍA MARTHA MANCEÑIDO RAMIREZ, MARIA TERESA ARRIBAS CAMARGO, ERIKA ESTHER RAMÍREZ GARCIA Y MARÍA JESÚS GÓMEZ JIMÉNEZ 479

91 EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA OXIGENOTERAPIA
MARIA TERESA ARRIBAS CAMARGO, RUBÉN REQUENA LÓPEZ, MARÍA MARTHA MANCEÑIDO RAMIREZ, ERIKA ESTHER RAMÍREZ GARCIA Y MARÍA JESÚS GÓMEZ JIMÉNEZ 483

92 LA PRONACIÓN EN PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS
AROA REGUERO SUAREZ 491

93 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN QUIRÓFANO
EVA MARIA LEAL MARTIN, MARIA VICTORIA DELGADO CASADO, CLAUDIA VALVERDE CEGISMUNDO, MARTA MORENO DELGADO Y FRANCISCA VICENTE URBANO 495

94 EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y EL PACIENTE PEDIATRICO
ERIKA ESTHER RAMÍREZ GARCIA, RUBÉN REQUENA LÓPEZ, MARÍA MARTHA MANCEÑIDO RAMIREZ, MARIA TERESA ARRIBAS CAMARGO Y MARÍA JESÚS GÓMEZ JIMÉNEZ 499

95 HERIDAS: APOYO A LA ENFERMERA POR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA
MERCEDES MOLINA GARCIA, ANTONIA ROSA JÁTIVA CUERDA, MARCIA LOURDES HIDALGO COVEÑA, ARELIZ ARITA GEMIO MAMANI Y ANTONIA JIMENEZ PEREZ 505

96 ACOMPAÑAMIENTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA A UNA PACIENTE DURANTE EL EMBARAZO DE UNA ADOLESCENTE
MARÍA ISABEL JIMENEZ SANCHEZ, LUZ VILLAJOS RODRÍGUEZ, MARÍA CRUZ QUILÓN GUTIÉRREZ, ARANCHA CAÑIZARES GONZÁLEZ Y MARIA LOURDES QUILÓN GUTIÉRREZ 509

97 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS PULSERAS IDENTIFICATIVAS
MERCEDES MOLINA GARCIA, ANTONIA ROSA JÁTIVA CUERDA, MARCIA LOURDES HIDALGO COVEÑA, ARELIZ ARITA GEMIO MAMANI Y ANTONIA JIMENEZ PEREZ 513

98 CONOCIMIENTOS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
MERCEDES MOLINA GARCIA, ANTONIA ROSA JÁTIVA CUERDA, MARCIA LOURDES HIDALGO COVEÑA, ARELIZ ARITA GEMIO MAMANI Y ANTONIA JIMENEZ PEREZ 517

99 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ESTERILIZACIÓN
ANA ISABEL MIER GONZALEZ, AURINA ROJO LONGO, AINHOA HUERTA SIERRA, MONTSERRAT MERE COELLO Y MARÍA ALEXANDRA BURGOS PEREZ **521**

100 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL ANCIANO
MARIA VICTORIA DELGADO CASADO, EVA MARIA LEAL MARTIN, CLAUDIA VALVERDE CEGISMUNDO, MARTA MORENO DELGADO Y FRANCISCA VICENTE URBANO **525**

101 EL PIE DIABÉTICO
AINHOA HUERTA SIERRA, AURINA ROJO LONGO, MARÍA ALEXANDRA BURGOS PEREZ, ANA ISABEL MIER GONZALEZ Y MONTSERRAT MERE COELLO **529**

102 CUIDADO DEL PACIENTE OSTOMIZADO
AURINA ROJO LONGO, AINHOA HUERTA SIERRA, ANA ISABEL MIER GONZALEZ, MONTSERRAT MERE COELLO Y MARÍA ALEXANDRA BURGOS PEREZ **533**

103 ASISTENCIA AL ANESTESISTA DURANTE LA TÉCNICA DE LA EPIDURAL POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
MANUEL ANTONIO MORENO ALVARENGA Y JULIA TORIBIO GOMEZ **537**

104 LA TÉCNICA DEL ASEO HOSPITALARIO DEL PACIENTE ENCAMADO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MANUEL ANTONIO MORENO ALVARENGA Y JULIA TORIBIO GOMEZ **541**

105 PREPARACIÓN DE AISLAMIENTOS MÁS COMUNES EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
MANUEL ANTONIO MORENO ALVARENGA Y JULIA TORIBIO GOMEZ **545**

106 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS DIFERENTES ACCIDENTES LABORALES A LOS QUE ESTÁ EXPUESTO EN SU ENTORNO DE TRABAJO
AIDA LOZANO 549

107 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO
CANDELARIA SÁEZ RUIZ, MIRIAM GONZÁLEZ AGUSTINA, MARÍA ROSA CEPEDA MÍNGUEZ, JUANA DEL CISNE ROMERO GUAILACELA Y BEATRIZ OLIVER GARCÍA 553

108 FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE INFECCIOSO
CANDELARIA SÁEZ RUIZ, MIRIAM GONZÁLEZ AGUSTINA, MARÍA ROSA CEPEDA MÍNGUEZ, JUANA DEL CISNE ROMERO GUAILACELA Y BEATRIZ OLIVER GARCÍA 557

109 EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LAS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE LABORATORIO
CANDELARIA SÁEZ RUIZ, MIRIAM GONZÁLEZ AGUSTINA, MARÍA ROSA CEPEDA MÍNGUEZ, JUANA DEL CISNE ROMERO GUAILACELA Y BEATRIZ OLIVER GARCÍA 561

110 ATENCIÓN AL PACIENTE ODONTOLÓGICO
BARBARA GARCÍA PALOMARES, MARÍA DEL PILAR ROCHA GARCIA, MANUELA PALOMARES GARCÍA, MARÍA CARVAJAL ROCHA Y ELISA SERRANO GARIJO 565

111 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL QUIRÓFANO DE TRAMATOLOGÍA
MARGARITA SÁNCHEZ PUENTE 571

112 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA DEAMBULACIÓN TRAS UN PERIODO DE INACTIVIDAD
MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO 575

113 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL GABINETE DE PRUEBAS NEUROFISIOLÓGICAS. POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS
MARÍA DEL CARMEN MARTÍN ORTIZ Y MARIA DOLORES RUIZ CALZADO **579**

114 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
CLAUDIA VALVERDE CEGISMUNDO, EVA MARIA LEAL MARTIN, MARIA VICTORIA DELGADO CASADO, MARTA MORENO DELGADO Y FRANCISCA VICENTE URBANO **583**

115 INTERVENCION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CASO DE INTOXICACIÓN ETÍLICA
MARÍA BELEN BUITRAGO ZAMORA Y ANA ISABEL VILLA CLEMENTE **587**

116 ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A UN POLITRAUMATIZADO EN ACCIDENTE
GABRIEL DELGADO GARCIA DE LA REINA, MARIA DOLORES IZQUIERDO MORENO ARRONES, ANA ISABEL VIVAR MESTRE, MARÍA LOURDES CANDELAS URIEL Y ROSARIO NARANJO MARTÍN-ALBO **591**

117 ACTUACION E INTERVENCION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTE DE AUTISMO
GABRIEL DELGADO GARCIA DE LA REINA, MARIA DOLORES IZQUIERDO MORENO ARRONES, ANA ISABEL VIVAR MESTRE, MARÍA LOURDES CANDELAS URIEL Y ROSARIO NARANJO MARTÍN-ALBO **595**

118 ACTUACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ANSIEDAD DEL INGRESO HOSPITALARIO DE UN NIÑO
GABRIEL DELGADO GARCIA DE LA REINA, MARIA DOLORES IZQUIERDO MORENO ARRONES, ANA ISABEL VIVAR MESTRE, MARÍA LOURDES CANDELAS URIEL Y ROSARIO NARANJO MARTÍN-ALBO **599**

119 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA SALA DE PARTOS
CIELO TOVAR SARRIA 603

120 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS POST MORTEM
MARÍA CARVAJAL ROCHA, BARBARA GARCÍA PALOMARES, MARÍA DEL PILAR ROCHA GARCIA, MANUELA PALOMARES GARCÍA Y ELISA SERRANO GARIJO 607

121 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA MALARIA UNA ENFERMEDAD IMPORTADA
CRISTINA PRADILLO RODRIGO, JESÚS RUIZ GONZÁLEZ, SONIA DÁVILA ANDRINO, NEKANE HERNÁNDEZ SÁNCHEZ Y ANA MORENO GÓMEZ 611

122 EL ALZHEIMER Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMO APOYO A LA FAMILIA CUIDADORA
CRISTINA PRADILLO RODRIGO, JESÚS RUIZ GONZÁLEZ, SONIA DÁVILA ANDRINO, NEKANE HERNÁNDEZ SÁNCHEZ Y ANA MORENO GÓMEZ 615

123 EL NUEVO SISTEMA SANITARIO VISTO POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DESPUÉS DEL COVID - 19
CRISTINA PRADILLO RODRIGO, JESÚS RUIZ GONZÁLEZ, SONIA DÁVILA ANDRINO, NEKANE HERNÁNDEZ SÁNCHEZ Y ANA MORENO GÓMEZ 623

124 MOVILIZACIONES AL PACIENTE ENCAMADO
MIRIAN CALERO MORENO, MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE, MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS, NICOLETA TALPA Y MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ 629

125 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL ACOSO PSICOLÓGICO LABORAL
MARÍA DEL CARMEN BELMONTE GOMEZ Y ANA MARIA OSORIO GARCIA 633

126 HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO
MARÍA ESPERANZA GARCÍA BURRUEZO, CRISTINA RÍOS GARCÍA, MARÍA DEL CARMEN RÍOS GARCÍA, MARTA SERRANO GONZALEZ Y LAURA OÑATE SÁNCHEZ 637

127 MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL PERSONAL SANITARIO. RIESGOS BIOLÓGICOS
CRISTINA RÍOS GARCÍA, MARÍA DEL CARMEN RÍOS GARCÍA, MARTA SERRANO GONZALEZ, LAURA OÑATE SÁNCHEZ Y MARÍA ESPERANZA GARCÍA BURRUEZO 643

128 ESTRÉS Y SALUD EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL.
MÓNICA PICATOSTE ARNALDO, LAURA CASTRILLO LHOSTE, NEKANE QUINTANA GALLARRETA, CLAUDIA GUERRA LÓPEZ Y ANA BELÉN MARTÍNEZ PÉREZ 649

129 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS CUIDADOS A UN PACIENTE CON NEUMOTÓRAX
ALBA ALMENDRO HUECAS, MARIA DEL CARMEN GARCÍA MARTÍNEZ, CRISTINA LOPEZ ALVAREZ, DIANA RIVERA HERNANDEZ Y SONIA GONZALEZ LANDETE 655

130 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA
ALBA ALMENDRO HUECAS, MARIA DEL CARMEN GARCÍA MARTÍNEZ, CRISTINA LOPEZ ALVAREZ, DIANA RIVERA HERNANDEZ Y SONIA GONZALEZ LANDETE 659

131 EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS VEGETARIANOS
ALBA ALMENDRO HUECAS, MARIA DEL CARMEN GARCÍA MARTÍNEZ, CRISTINA LOPEZ ALVAREZ, DIANA RIVERA HERNANDEZ Y SONIA GONZALEZ LANDETE 663

132 **EL TÉCNICON EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO**
MARTA SERRANO GONZALEZ, LAURA OÑATE SÁNCHEZ, MARÍA DEL CARMEN RÍOS GARCÍA, MARÍA ESPERANZA GARCÍA BURRUEZO Y CRISTINA RÍOS GARCÍA **667**

133 **ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CASO DE PARADA CARDIORESPIRATORIA EN PACIENTE HOSPITALIZADO**
MARIA DEL PILAR GARCIA PIQUERAS, DOLORES GARCIA PIQUERAS, MARÍA TERESA CÉSPEDES GARCÍA, JUAN MIGUEL ESPINOSA SERRANO Y MARIA EDUARDA MOGUEL MIR **671**

134 **BENEFICIOS DE LA PREVENCIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PERSONAS CON RIESGO DE VIRUS PAPILOMA HUMANO**
MARIA DEL PILAR GARCIA PIQUERAS, DOLORES GARCIA PIQUERAS, MARÍA TERESA CÉSPEDES GARCÍA, JUAN MIGUEL ESPINOSA SERRANO Y MARIA EDUARDA MOGUEL MIR **675**

135 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS RELACIONES INTERPROFESIONALES EN GERIÁTRICOS**
MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS, MIRIAN CALERO MORENO, MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE, NICOLETA TALPA Y MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ **679**

136 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO HOSPITALARIO**
ELISETE FILIPA DE SOUSA FREITAS, MARIANELA BEATRIZ PAUTA AYALA, SANDRA SOLÉ FERNANDEZ Y CONCEPCION FLORES PEÑALOZA **683**

137 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
ROSA MARÍA SERRANO FUENTES, CONSUELO CORCOLES LÓPEZ, TERESA LOPEZ ALVAREZ, ANGELA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ Y M.DEL PILAR GONZALO ANGULO **687**

138 LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
ROSA MARÍA SERRANO FUENTES, CONSUELO CORCOLES LÓPEZ, TERESA LOPEZ ALVAREZ, ANGELA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ Y M.DEL PILAR GONZALO ANGULO 691

139 LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA FARMACIA HOSPITALARIA
FATIMA LAYACHI HAMADI 695

140 LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PARTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
ELENA MOLINERO VEGA 699

141 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE ONCOLÓGICO OSTOMIZADO
YOANA PARAPAR MURIAS 703

142 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PARITORIO
MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE, MIRIAN CALERO MORENO, MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ, NICOLETA TALPA Y MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS 707

143 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ANCIANO DEPRESIVO
NICOLETA TALPA, MIRIAN CALERO MORENO, MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS, MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ Y MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE 711

144 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL
SOURAYA AHSAINI AHMED Y MERIEM BENAISA MOHAMED 715

145 RIESGO DE APARICIÓN DEL ESTRÉS EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL.
CINTHYA MORO FERNÁNDEZ, MANUELA PRADOS CANO, LUCÍA GARCÍA GONZÁLEZ, RAQUEL SOLIS LOPEZ Y ENMA SUÁREZ ALONSO 719

146 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON RESPECTO A PERSONAS CON BULIMIA
PATRICIA DA SILVA SÁNCHEZ 723

147 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LA RECOGIDA DE LA DIURESIS POR TURNO DEL PACIENTE INGRESADO EN PLANTA
FRANCISCA GONZÁLEZ BLESA, MARÍA ELENA ARROYO LÓPEZ, MARÍA CRISTINA MARTÍN MAESTRO RUIZ, MARÍA DEL MAR SÁNCHEZ PÉREZ Y LAURA DIAZ ARANDA 727

148 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EXPONE SUS FUNCIONES EN LA RECOGIDA DE UNA MUESTRA DE PARÁSITOS EN HECES
FRANCISCA GONZÁLEZ BLESA, MARÍA ELENA ARROYO LÓPEZ, MARÍA CRISTINA MARTÍN MAESTRO RUIZ, MARÍA DEL MAR SÁNCHEZ PÉREZ Y LAURA DIAZ ARANDA 731

149 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EXPONE SUS FUNCIONES EN LA TÉCNICA DE UN ENEMA DE LIMPIEZA
FRANCISCA GONZÁLEZ BLESA, LAURA DIAZ ARANDA, MARÍA DEL MAR SÁNCHEZ PÉREZ, MARÍA CRISTINA MARTÍN MAESTRO RUIZ Y MARÍA ELENA ARROYO LÓPEZ 735

150 FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO
MARÍA ISABEL JIMENEZ SANCHEZ, LUZ VILLAJOS RODRÍGUEZ, MARÍA CRUZ QUILÓN GUTIÉRREZ, ARANCHA CAÑIZARES GONZÁLEZ Y MARIA LOURDES QUILÓN GUTIÉRREZ 739

151 FUNCIONES QUE REALIZA EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
MARÍA ISABEL JIMENEZ SANCHEZ, LUZ VILLAJOS RODRÍGUEZ, MARÍA CRUZ QUILÓN GUTIÉRREZ, ARANCHA CAÑIZARES GONZÁLEZ Y MARIA LOURDES QUILÓN GUTIÉRREZ 743

152 **EL TCAE Y LA LABOR DE AYUDA EN LA ALIMENTACION DEL PACIENTE Y EL MANEJO DEL CARRO DE COMIDAS.**
MARIA JOSE GARCIA GOMEZ, EVA ROCIO GROMADA ALCAIDE, MARÍA LUISA ROMERO RODRÍGUEZ, AURORA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ Y MÓNICA CASTILLEJO GREGORIO **747**

153 **EMPATÍA Y HABILIDADES EMOCIONALES PARA LOGRAR UNA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS**
CARMEN MARÍA CUENDIAS LÓPEZ **751**

154 **PRIMEROS AUXILIOS**
MARÍA DEL PILAR ROCHA GARCIA, MANUELA PALOMARES GARCÍA, MARÍA CARVAJAL ROCHA, BARBARA GARCÍA PALOMARES Y ELISA SERRANO GARIJO **755**

155 **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)**
SANDRA FERNANDEZ GONZALEZ **759**

156 **FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DENTRO DEL ÁREA DE URGENCIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
MARIA DEL PILAR GARCIA PIQUERAS, DOLORES GARCIA PIQUERAS, MARÍA TERESA CÉSPEDES GARCÍA, JUAN MIGUEL ESPINOSA SERRANO Y MARIA EDUARDA MOGUEL MIR **763**

157 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO BUCAL EN LA INFANCIA**
ANTONIA ROSA JÁTIVA CUERDA, MARCIA LOURDES HIDALGO COVEÑA, ARELIZ ARITA GEMIO MAMANI, MERCEDES MOLINA GARCIA Y ANTONIA JIMENEZ PEREZ **767**

158 **LOS CUIDADOS POSTMORTEM POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ARELIZ ARITA GEMIO MAMANI, MARCIA LOURDES HIDALGO COVEÑA, MERCEDES MOLINA GARCIA, ANTONIA ROSA JÁTIVA CUERDA Y ANTONIA JIMENEZ PEREZ **771**

159 LAS FUNCIONES EN LA PARTE DE PARTOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE LOS TÉCNICOS DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ 775

160 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS FUNCIONES CON LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS TRAUMATOLÓGICAS
ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ 779

161 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
ROSA MARÍA SERRANO FUENTES, CONSUELO CORCOLES LÓPEZ, TERESA LOPEZ ALVAREZ, ANGELA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ Y M.DEL PILAR GONZALO ANGULO 783

162 CLASIFICACION Y EL USO DE DRENAJES. CONOCIMIENTO Y APLICACION POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ANA MARÍA CORDOVILLA VILLENA, EVA MARÍA ACEBRÓN SALMERÓN, AMPARO SAN PEDRO LOPEZ, FÁTIMA BENDRIS BENSARGHIN Y VERÓNICA NAVARRO GONZÁLEZ 787

163 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE PACIENTES CON NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN ESPECIFICAS Y LOS DISTINTOS TIPOS DE DIETAS
ANA MARÍA CORDOVILLA VILLENA, EVA MARÍA ACEBRÓN SALMERÓN, AMPARO SAN PEDRO LOPEZ, FÁTIMA BENDRIS BENSARGHIN Y VERÓNICA NAVARRO GONZÁLEZ 791

164 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE ENEMAS Y SU CLASIFICACIÓN
ANA MARÍA CORDOVILLA VILLENA, EVA MARÍA ACEBRÓN SALMERÓN, AMPARO SAN PEDRO LOPEZ, FÁTIMA BENDRIS BENSARGHIN Y VERÓNICA NAVARRO GONZÁLEZ 795

165 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ESTERILIZACIÓN DEL MATERÍAL QUIRÚRGICO NECESARIO EN UNA INTERVENCIÓN POR CESAREA**
MILAGROS MARTÍNEZ VILLARREAL, ALEJANDRA GÓMEZ DÍAZ, ANA ISABEL BEATO MERINERO, SILVIA CEBRIAN SANCHEZ Y MABEL REAL LARA **799**

166 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ESTERILIZACIÓN POR ÓXIDO DE ETILENO**
MILAGROS MARTÍNEZ VILLARREAL, ALEJANDRA GÓMEZ DÍAZ, ANA ISABEL BEATO MERINERO, SILVIA CEBRIAN SANCHEZ Y MABEL REAL LARA **805**

167 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ESTERILIZACIÓN CON EL AUTOCLAVE**
MILAGROS MARTÍNEZ VILLARREAL, ALEJANDRA GÓMEZ DÍAZ, ANA ISABEL BEATO MERINERO, SILVIA CEBRIAN SANCHEZ Y MABEL REAL LARA **809**

168 **FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL, BEATRIZ OLIVER GARCÍA, ANA PONCE JIMENEZ, MARÍA ÁNGELES PÉREZ NEGRO Y SANTIAGO RODRIGUEZ MESA **815**

169 **FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRANSPORTE DEL ENFERMO PARA REALIZARSE PRUEBAS DE RAYOS**
MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL, BEATRIZ OLIVER GARCÍA, ANA PONCE JIMENEZ, MARÍA ÁNGELES PÉREZ NEGRO Y SANTIAGO RODRIGUEZ MESA **819**

170 **EL FISIOTERAPEUTA Y LA RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE UNA LESIÓN DEPORTIVA**
MANUEL LAPIEDRA MARTINEZ, PEDRO ANTONIO HERAS GUALDA, FERNANDO ARIAS GOMEZ, DAVID FERNANDEZ SANCHEZ Y JOSE MARTINEZ CARBALLOSA **823**

171 EVALUACIÓN DE LA PUNCIÓN SECA DESDE LA FISIOTERAPIA
DAVID FERNANDEZ SANCHEZ, JOSE MARTINEZ CARBALLOSA, MANUEL LAPIEDRA MARTINEZ, PEDRO ANTONIO HERAS GUALDA Y FERNANDO ARIAS GOMEZ 827

172 EFECTIVIDAD DE LA PUNCIÓN SECA COMO TÉCNICA FISIOTERAPÉUTICA EN EL SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL
CELIA COLLADO HUERTA, BELEN NAVARRO CONEJERO, BEATRIZ INIESTA PIQUERAS Y JUAN ANDRES SANCHEZ DIAZ 831

173 ENFERMEDAD DE BUERGER EN FISIOTERAPIA: CASO CLÍNICO
CELIA COLLADO HUERTA, BELEN NAVARRO CONEJERO, BEATRIZ INIESTA PIQUERAS Y JUAN ANDRES SANCHEZ DIAZ 837

174 ARTROGRIPOSIS: TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL RECIÉN NACIDO Y LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA
CELIA COLLADO HUERTA, BELEN NAVARRO CONEJERO, BEATRIZ INIESTA PIQUERAS Y JUAN ANDRES SANCHEZ DIAZ 843

175 HIGIENISTA DENTAL Y RAYOS X: RADIOGRAFÍA DE ALETA MORDIDA
EVELIN AMEIJENDA RAMÍREZ 851

176 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
ISABEL ORTEGA BELIO 855

177 ACTUALIZACIÓN EN ALTERACIONES ERITROCITARIAS Y SU ESTUDIO EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA
MOISÉS GAMO PASTOR 859

178 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DEL SISTEMA MAYOR DE HISTOCOMPATIBILIDAD
ANA POBLETE GUTIÉRREZ, LAURA CALLAU MARTÍN, MARIA DOLORES ALONSO MARTINEZ, IDAIRA MARÍA SOCORRO FERRER Y MARÍA NURIA PAYO RODRÍGUEZ 865

179 **EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES**
ANA POBLETE GUTIÉRREZ, IDAIRA MARÍA SOCORRO FERRER, MARIA DOLORES ALONSO MARTINEZ, LAURA CALLAU MARTÍN Y MARÍA NURIA PAYO RODRÍGUEZ **869**

180 **EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA HIGIENIZACIÓN DEL UNIFORME EXPUESTO A CONTAMINANTES**
ANA POBLETE GUTIÉRREZ, IDAIRA MARÍA SOCORRO FERRER, LAURA CALLAU MARTÍN, MARIA DOLORES ALONSO MARTINEZ Y MARÍA NURIA PAYO RODRÍGUEZ **873**

181 **BIOPSIA INTRAOPERATORIA POR CONGELACIÓN**
SILVIA MENENDEZ RODRIGUEZ **877**

182 **EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MARTA SÁNCHEZ GAMERO, MARIA DESAMPARADOS GARCIA NIETO, SILVIA REINA GOMEZ, CONCHI VILLENA GONZALEZ Y JOSEFA MUÑOZ CALLEJA **881**

183 **EL TECNICO DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DEL SISTEMA COMPLEMENTO DEL CONJUNTO DE MOLECULAS PLASMICAS**
MARTA SÁNCHEZ GAMERO, MARIA DESAMPARADOS GARCIA NIETO, SILVIA REINA GOMEZ, CONCHI VILLENA GONZALEZ Y JOSEFA MUÑOZ CALLEJA **889**

184 **EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL BANCO DE SANGRE. DETERMINACIÓN DE COOMBS DIRECTO Y TITULACIÓN**
MARTA SÁNCHEZ GAMERO, MARIA DESAMPARADOS GARCIA NIETO, SILVIA REINA GOMEZ, CONCHI VILLENA GONZALEZ Y JOSEFA MUÑOZ CALLEJA **895**

185 **LA RADIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE ÚTERO**
ESTHER COZAR NAVARRO **901**

186 **EL CÁNCER DE MAMA EN RADIOTERAPIA**
ESTHER COZAR NAVARRO **905**

187 PROTOCOLO DEL BLANQUEAMIENTO DENTAL INTERNO
OLGA MUÑIZ FERNÁNDEZ 909

188 REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR)
SILVIA MENENDEZ RODRIGUEZ 913

189 ECOGRAFÍA DOPPLER
PELAYO GOROSTIAGA MUÑIZ 919

190 TIPOS DE ALERGIAS Y DIAGNÓSTICO IN VIVO
SILVIA MENENDEZ RODRIGUEZ 923

191 APLICACIÓN DEL PLAN DE GARANTÍA DE CALIDAD EN RADIODIAGNÓSTICO
CELIA FERNÁNDEZ VILLA 931

192 MEDIOS DE CONTRASTE EN RADIOLOGÍA.
VALERIE GONZALEZ LOPEZ, MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ, LORENA PIERNAS CARCELÉN, AIDA MOROTE RAMÍREZ Y MARIA MARIN GIL 937

193 EL PAPEL DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
YOLANDA RAQUEL REALES GUILLÉN, CLAUDIA MOLINA PORTUGUÉS, GEMA POZUELO NARANJO Y ROCIO INFANTES VELAZQUEZ 941

194 IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS PARA EL TÉCNICO DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO
CLAUDIA MOLINA PORTUGUÉS, ROCIO INFANTES VELAZQUEZ, GEMA POZUELO NARANJO Y YOLANDA RAQUEL REALES GUILLÉN 945

195 OPERACIÓN DE CADERA CON RAYOS EN EL QUIRÓFANO PARA EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
ROCIO INFANTES VELAZQUEZ, GEMA POZUELO NARANJO, CLAUDIA MOLINA PORTUGUÉS Y YOLANDA RAQUEL REALES GUILLÉN 949

196 EL PAPEL DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL QUIRÓFANO DE VASCULAR
GEMA POZUELO NARANJO, ROCIO INFANTES VELAZQUEZ, CLAUDIA MOLINA PORTUGUÉS Y YOLANDA RAQUEL REALES GUILLÉN 953

197 VALOR DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES - TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN EL CÁNCER DE PULMÓN
MARIA MARIN GIL, MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ, LORENA PIERNAS CARCELÉN, VALERIE GONZALEZ LOPEZ Y AIDA MOROTE RAMÍREZ 957

198 HIGIENISTA BUCODENTAL Y LOS PACIENTES DE LA UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL
ALEJANDRA SERRANO MOYA, SORAYA ALONSO LORENZO, MELISSA DOMÍNGUEZ ROLLÓN, YOLANDA HERNANDEZ GASCON Y MERCEDES RUBIO RIVAS 961

199 HIGIENISTA BUCODENTAL Y LA CIRUGÍA DE IMPLANTES EN LOS CENTROS DE SALUD
ALEJANDRA SERRANO MOYA, SORAYA ALONSO LORENZO, MELISSA DOMÍNGUEZ ROLLÓN, YOLANDA HERNANDEZ GASCON Y MERCEDES RUBIO RIVAS 965

200 RESPONSABILIDADES Y COMPETENCIAS DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
LORENA PIERNAS CARCELÉN, MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ, VALERIE GONZALEZ LOPEZ, AIDA MOROTE RAMÍREZ Y MARIA MARIN GIL 969

201 LOS ARTEFACTOS EN RADIOLOGÍA
ENRIQUE DEL VALLE ÁLVAREZ 973

202 MONONUCLEOSIS INFECCIOSA: EPSTEIN-BARR SEGUN EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO
SILVIA JIMENEZ DIAZ, IRENE NAVALÓN VALIENTE, ABEL CANALES HERRAIZ, DOLORES MARTINEZ ESTELLÉS Y SANDRA MARTINEZ GALLEGO 977

203 **HIGIENISTA BUCODENTAL Y LOS DISTINTOS MÉTODOS QUE HAY PARA ESTERILIZAR CON EL AUTOCLAVE**
ALEJANDRA SERRANO MOYA, MERCEDES RUBIO RIVAS, MELISSA DOMÍNGUEZ ROLLÓN Y YOLANDA HERNANDEZ GASCON **983**

204 **TURNICIDAD Y DETERIORO PERSONAL EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL**
LUCÍA GARCÍA GONZÁLEZ, RAQUEL SOLIS LOPEZ, ENMA SUÁREZ ALONSO, CINTHYA MORO FERNÁNDEZ Y MANUELA PRADOS CANO **987**

205 **TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO ANTE LA APLICACIÓN DEL ÍNDICE DE PROCTOR Y EL ÍNDICE MARSHALL EN EL DECAIMIENTO RADIACTIVO**
GEMA VILLASEVIL LOPEZ, MERCEDES RUBIO RIVAS, ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO, CRISTINA DE LA CRUZ TORIJA Y JOSÉ ANTONIO GÁLVEZ GUERRERO **991**

206 **TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO Y SUS FUNCIONES ANTE LAS PRUEBAS PREOPERATORIAS ANTES DE UNA OPERACIÓN EN LOS HOSPITALES**
MERCEDES RUBIO RIVAS, CRISTINA DE LA CRUZ TORIJA, JOSÉ ANTONIO GÁLVEZ GUERRERO, GEMA VILLASEVIL LOPEZ Y ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO **995**

207 **EL ANÁLISIS DE MUESTRAS METALOGRÁFICAS EN LABORATORIO SEGÚN EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO**
ABEL CANALES HERRAIZ, SILVIA JIMENEZ DIAZ, DOLORES MARTINEZ ESTELLÉS, SANDRA MARTINEZ GALLEGO Y IRENE NAVALÓN VALIENTE **999**

208 **EL USO DEL AUTOCLAVE EN EL ENTORNO CLÍNICO Y HOSPITALARIO SEGÚN EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO**
DOLORES MARTINEZ ESTELLÉS, SILVIA JIMENEZ DIAZ, SANDRA MARTINEZ GALLEGO, IRENE NAVALÓN VALIENTE Y ABEL CANALES HERRAIZ **1003**

209 TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EN TUMORES CEREBRALES Y SU SEGUIMIENTO CON LA RESONANCIA MAGNÉTICA
MERCEDES RUBIO RIVAS, GEMA VILLASEVIL LOPEZ, JOSÉ ANTONIO GÁLVEZ GUERRERO, ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO Y CRISTINA DE LA CRUZ TORIJA 1007

210 TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO Y EL PROCESO DEL PACIENTE ANTE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS EN RADIOLOGÍA
SORAYA ALONSO LORENZO 1011

211 CÁNDIDA ALBICANS Y SU DIAGNÓSTICO EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO
ISABEL ESMERALDA SÁNCHEZ CEPEDA 1015

212 EL BRUXISMO Y LA ASISTENCIA DEL HIGIENISTA BUCODENTAL
YOLANDA MERAYO BLANCO 1019

213 TÉCNICO DE RAYOS EN SUS FUNCIONES DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA ABDOMINAL
RUBEN MERINO PAJARES, JAVIER RODRÍGUEZ SALAMANCA, ÁLVARO JIMÉNEZ GONZÁLEZ, ROBERTO RAMOS RODRIGO Y LORENA RAMIRO CARRASCO 1023

214 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL
RUBEN MERINO PAJARES, JAVIER RODRÍGUEZ SALAMANCA, ÁLVARO JIMÉNEZ GONZÁLEZ, ROBERTO RAMOS RODRIGO Y LORENA RAMIRO CARRASCO 1027

215 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA ABDOMINAL
RUBEN MERINO PAJARES, JAVIER RODRÍGUEZ SALAMANCA, ÁLVARO JIMÉNEZ GONZÁLEZ, ROBERTO RAMOS RODRIGO Y LORENA RAMIRO CARRASCO 1031

216 ACTUALIZACIONES DEL CAPÍTULO 7 DE LA CIE-10
JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO 1035

217 ACTUALIZACIONES DEL CAPITULO 8 DE LA CIE-10
JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO 1039

218 ACTUALIZACIONES DEL CAPITULO 9 DE LA CIE-10
JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO 1043

219 ACTUALIZACIONES DEL CAPITULO 10 DE LA CIE-10
JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO 1047

220 ACTUALIZACIONES DEL CAPITULO 11 DE LA CIE-10
JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO 1051

221 ACTUALIZACIONES DEL CAPITULO 7, ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS, DE LA CIE-10
JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO 1055

222 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO
JOSÉ LUIS MUÑOZ MORALES, ALBERTO LOPEZ ZAMORANO, TEO ALISES FERNÁNDEZ, VICENTE JESUS CANO CHICHARRO Y FÉLIX HORTOLANO PALOMINO 1059

223 EL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL. FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS
JOSÉ LUIS MUÑOZ MORALES, ALBERTO LOPEZ ZAMORANO, TEO ALISES FERNÁNDEZ, VICENTE JESUS CANO CHICHARRO Y FÉLIX HORTOLANO PALOMINO 1063

224 FUNCIONES, ACTUACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN
JOSÉ LUIS MUÑOZ MORALES, ALBERTO LOPEZ ZAMORANO, TEO ALISES FERNÁNDEZ, VICENTE JESUS CANO CHICHARRO Y FÉLIX HORTOLANO PALOMINO 1067

225 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES DE LA COVID-19
ANA ISABEL LORENZO GARCÍA, LAURA RODRIGUEZ MORENO, MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ, MARIA LORENZO GARCÍA Y MARIA ISABEL CANO CUADRA 1071

226 **EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ANIMALARIO DE UN HOSPITAL**
ANA ISABEL LORENZO GARCÍA, LAURA RODRIGUEZ MORENO, MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ Y MARIA LORENZO GARCÍA **1075**

227 **EL CELADOR Y EL PACIENTE TERMINAL**
MARIA LORENZO GARCÍA, LAURA RODRIGUEZ MORENO, ANA ISABEL LORENZO GARCÍA Y MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ **1079**

228 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE POR EL USO DE MASCARILLAS**
ANA ISABEL LORENZO GARCÍA, MARIA ISABEL CANO CUADRA, MARIA LORENZO GARCÍA, MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ Y LAURA RODRIGUEZ MORENO **1083**

229 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO CON ASPERGER: ASPECTOS Y DIFICULTADES DE SU TRATO CON EL PACIENTE**
ANA ISABEL LORENZO GARCÍA, MARIA ISABEL CANO CUADRA, MARIA LORENZO GARCÍA, MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ Y LAURA RODRIGUEZ MORENO **1087**

230 **EL PINCHE DE COCINA CON ASPERGER Y LA NECESIDAD DE UN COMPAÑERO/APOYO EN SU LABOR**
ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO, MONTSERRAT REDONDO PÉREZ, SARA GARCIA PINILLA, MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ Y JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA **1091**

231 **EL PINCHE DE COCINA Y LA LIMPIEZA INTERNA DE LOS CARROS ISOTÉRMICOS UTILIZADOS EN LA COCINA HOSPITALARIA DEL HUT**
ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO, MONTSERRAT REDONDO PÉREZ, SARA GARCIA PINILLA, MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ Y JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA **1095**

232 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, EL TÉCNICO ADMINISTRATIVO Y EL TELEFONISTA HOSPITALARIOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO, MONTSERRAT REDONDO PÉREZ, MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ, JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA Y SARA GARCIA PINILLA 1099

233 ORGANIZACIÓN Y TAREAS DEL PINCHE EN LA ZONA DE ELABORACIÓN DE ALIMENTOS EN LA COCINA HOSPITALARIA
SARA GARCIA PINILLA, ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO, JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA, MONTSERRAT REDONDO PÉREZ Y MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ 1103

234 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, EL TÉCNICO ADMINISTRATIVO Y EL TELEFONISTA HOSPITALARIOS: PACIENTES TRANSGÉNERO EN ADMISIÓN GENERAL
JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA, ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO, SARA GARCIA PINILLA, MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ Y MONTSERRAT REDONDO PÉREZ 1107

235 LA GOBERNANTA DE LA COCINA HOSPITALARIA: OBLIGACIÓN DE CONOCER LAS PARTES EN LAS QUE SE DIVIDE LA COCINA DE UN HOSPITAL
ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO, MONTSERRAT REDONDO PÉREZ, SARA GARCIA PINILLA, MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ Y JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA 1111

236 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LOS PACIENTES CONFLICTIVOS EN LA ENTRADA DE ADMISIÓN
MAXI MARTINEZ MAYORDOMO, MARIA LORETO LOPEZ PALACIOS, ALICIA CASTILLO SANCHEZ, PILAR TEJADA LEIVA Y PEDRO JAVIER CUEVAS CARRASCO 1115

237 LA GOBERNANTA DE COCINA HOSPITALARIA Y LA DISPOSICIÓN DEL PINCHE EN LA CINTA DE EMPLATADO
MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ, SARA GARCIA PINILLA, JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA, ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO Y MONTSERRAT REDONDO PÉREZ 1119

238 **LA GOBERNANTA DE COCINA HOSPITALARIA Y LA GESTIÓN DEL ALMACÉN**
SARA GARCIA PINILLA, JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA, ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO, MONTSERRAT REDONDO PÉREZ Y MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ **1129**

239 **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UN CENTRO SANITARIO**
MIRIAM MIGUEL FALCÓN, MARIA DEL SAGRARIO DIAZ GOMEZ, CARMEN BARATAS SANTOS, JESUS PANIAGUA MERIDA Y ESTHER MORA VELAZQUEZ **1139**

240 **ASISTENCIA A PACIENTES EXTRANJEROS EN LA SANIDAD ESPAÑOLA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MIRIAM MIGUEL FALCÓN, MARIA DEL SAGRARIO DIAZ GOMEZ, CARMEN BARATAS SANTOS, JESUS PANIAGUA MERIDA Y ESTHER MORA VELAZQUEZ **1143**

241 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO FRENTE A PANTALLAS EN LOS CENTROS SANITARIOS**
MIRIAM MIGUEL FALCÓN, MARIA DEL SAGRARIO DIAZ GOMEZ, CARMEN BARATAS SANTOS, JESUS PANIAGUA MERIDA Y ESTHER MORA VELAZQUEZ **1147**

242 **EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN QUIRÓFANO**
MAXI MARTINEZ MAYORDOMO, PEDRO JAVIER CUEVAS CARRASCO, PILAR TEJADA LEIVA, ALICIA CASTILLO SANCHEZ Y MARIA LORETO LOPEZ PALACIOS **1151**

243 **ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.**
JOSE TERCERO PANADERO, YOANA MUÑOZ CÓRDOBA Y LAURA MUÑOZ CORDOBA **1155**

244 **MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES**
LAURA MUÑOZ CORDOBA, YOANA MUÑOZ CÓRDOBA Y JOSE TERCERO PANADERO **1159**

245 CAMBIOS POSTURALES PARA EVITAR ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)
YOANA MUÑOZ CÓRDOBA, LAURA MUÑOZ CORDOBA Y JOSE TERCERO PANADERO 1163

246 EL CELADOR ANTE EL INGRESO DE UN PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA. FUNCIONES DEL CELADOR DURANTE EL INGRESO DE UN PACIENTE
RAQUEL REDONDO VALERO, PEDRO GARCÍA VENTURINI, LAURA DARRIBA BARBA, ANTONIA GARCIA GARCIA Y ROCIO CORTES RAMIREZ 1167

247 EL AUXILIAR ADMINSTRATIVO EN EL SERVICIO DE LENCERIA HOSPITALARIA
ANA MARÍA PEDRAZA HERVÁS Y M TERESA CAMACHO ORTIZ 1171

248 CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO MEDIO DE POTENCIAR LA EMPATIA EN EL TRATO DE ESTE TIPO DE PACIENTES
M TERESA CAMACHO ORTIZ Y ANA MARÍA PEDRAZA HERVÁS 1175

249 GESTIÓN DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS, ANTE LAS QUEJAS Y RECLAMACIONES QUE SE TRAMITAN EN LOS CENTROS DE SALUD
DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ, ESTEFANÍA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, ALICIA MORALEDA JIMÉNEZ, MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ MORALES Y LUIS MIGUEL COMINO VILLAJOS 1179

250 LA GESTIÓN EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA POR LOS AUXIILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD
DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ, ESTEFANÍA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ MORALES, ALICIA MORALEDA JIMÉNEZ Y LUIS MIGUEL COMINO VILLAJOS 1183

251 EL CELADOR Y SU ACTUACION ANTE PACIENTES QUE PADECEN PROBLEMAS CARDIACOS INGRESADOS
ANTONIA SIMARRO SIMARRO, JUAN CARLOS SEGURA SÁNCHEZ, LORENA LOZANO GALVAN Y VÍCTOR JAVIER COLETO MUÑOZ 1189

252 FUNCIONES DE LOS CELADORES CON RELACIÓN A SU OCUPACIÓN DENTRO DE LA FARMACIA
ANTONIA SIMARRO SIMARRO, JUAN CARLOS SEGURA SÁNCHEZ, LORENA LOZANO GALVAN Y VÍCTOR JAVIER COLETO MUÑOZ 1193

253 LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS FUNCIONES A REALIZAR EL CELADOR DE DICHA UNIDAD
ANTONIA SIMARRO SIMARRO, JUAN CARLOS SEGURA SÁNCHEZ, LORENA LOZANO GALVAN Y VÍCTOR JAVIER COLETO MUÑOZ 1197

254 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTION DE CITAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA
DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ, LUIS MIGUEL COMINO VILLAJOS, MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ MORALES, ESTEFANÍA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Y ALICIA MORALEDA JIMÉNEZ 1201

255 EL CELADOR ANTE LOS CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE ENCAMADO PARA PREVENIR LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
ANTONIA GARCIA GARCIA, ROCIO CORTES RAMIREZ, RAQUEL REDONDO VALERO, PEDRO GARCÍA VENTURINI Y LAURA DARRIBA BARBA 1205

256 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO DE SALUD. TRAMITACIÓN DE UN ALTA DE TARJETA SANITARIA INDIVIUDAL
INMACULADA SANCHEZ-CRESPO URDA, ANGEL MATEO MIRANDA Y MARIA JESUS RAME GOMEZ-CABRERO 1209

257 GRUPO MECANICOS HOSPITALARIOS Y EL USO DE ESCALERAS DE MANO EN HOSPITALES
JUAN JESÚS MURES PINTOR, MIGUEL ANGEL CAMPOS PARRAS, JORGE ESTEVE FERRER, AGUSTÍN DEL HOYO SALCEDO Y ROGELIO DOMENECH SÁNCHEZ 1215

258 EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LOS RIESGOS ELÉCTRICOS
JUAN JESÚS MURES PINTOR, MIGUEL ANGEL CAMPOS PARRAS, JORGE ESTEVE FERRER, AGUSTÍN DEL HOYO SALCEDO Y ROGELIO DOMENECH SÁNCHEZ 1221

259 PERSONAL DE MECÁNICA EN EL MANTENIMIENTO DE CENTROS HOSPITALARIOS Y SU IMPORTANCIA EN ELLOS
JUAN JESÚS MURES PINTOR, MIGUEL ANGEL CAMPOS PARRAS, JORGE ESTEVE FERRER, AGUSTÍN DEL HOYO SALCEDO Y ROGELIO DOMENECH SÁNCHEZ 1227

260 CAMBIOS FISIOPATOLÓGICOS EN LA EPICONDILALGIA LATERAL
MANUEL LAPIEDRA MARTINEZ, PEDRO ANTONIO HERAS GUALDA, FERNANDO ARIAS GOMEZ, DAVID FERNANDEZ SANCHEZ Y JOSE MARTINEZ CARBALLOSA 1231

261 FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO: QUÉ ES EL CAMPO ESTÉRIL
ANA MARÍA RUIZ LOSA, ANA ISABEL ALARCÓN DE LA OSSA, RUBÉN DAVID SÁNCHEZ LÓPEZ, DAVID MEDINA CARRIÓN Y SILVIA COELLO SALCEDO 1235

262 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA: LA MESA QUIRÚRGICA
ANA MARÍA RUIZ LOSA, ANA ISABEL ALARCÓN DE LA OSSA, RUBÉN DAVID SÁNCHEZ LÓPEZ, DAVID MEDINA CARRIÓN Y SILVIA COELLO SALCEDO 1239

263 FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO: LA COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN POSICIÓN SUPINA
ANA MARÍA RUIZ LOSA, ANA ISABEL ALARCÓN DE LA OSSA, RUBÉN DAVID SÁNCHEZ LÓPEZ, DAVID MEDINA CARRIÓN Y SILVIA COELLO SALCEDO 1243

264 EL CELADOR Y LAS PARTICULARIDADES DE LA UNIDAD O SERVICIO HOSPITALARIO DE PSIQUIATRÍA
ALONSO REBATO OSSONA, ANTONIO SAIZ VELASCO, GARY YOBANY SERRANO TELLEZ, ANDREA GONZALEZ GARCIA Y NIEVES HENARES ROSA 1249

265 FUNCIONES PROPIAS DEL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE QUIRÓFANO
ALONSO REBATO OSSONA, ANTONIO SAIZ VELASCO, GARY YOBANY SERRANO TELLEZ, ANDREA GONZALEZ GARCIA Y NIEVES HENARES ROSA 1253

266 FUNCIONES Y PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)
ALONSO REBATO OSSONA, ANTONIO SAIZ VELASCO, GARY YOBANY SERRANO TELLEZ, ANDREA GONZALEZ GARCIA Y NIEVES HENARES ROSA 1257

267 ACTUACIÓN DE UN CELADOR ANTE UNA PERSONA CON PÉRDIDA PARCIAL DE LA CONSCIENCIA EN LA CALLE
ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL 1261

268 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA CONCILIACIÓN TRABAJO Y FAMILIA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA
MAXI MARTINEZ MAYORDOMO, MARIA LORETO LOPEZ PALACIOS, ALICIA CASTILLO SANCHEZ, PILAR TEJADA LEIVA Y PEDRO JAVIER CUEVAS CARRASCO 1265

269 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES DE RADIOLOGÍA
SONIA GARCÍA RODRÍGUEZ, LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ, OMAR JAÉN NAVA, SONIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ Y ROSEMERY WONG RUIZ 1269

270 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA
SONIA GARCÍA RODRÍGUEZ, LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ, OMAR JAÉN NAVA, SONIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ Y ROSEMERY WONG RUIZ 1273

271 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**
SONIA GARCÍA RODRÍGUEZ, LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ, OMAR JAÉN NAVA, SONIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ Y ROSEMERY WONG RUIZ **1277**

272 **AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y SU PROCESO ORGANIZATIVO DEL TRABAJO EN LOS CENTROS SANITARIO**
PRISCILA MACÍAS DÍAZ, PATRICIA IZQUIERDO PANTOJA, MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO, RAQUEL CÓZAR GARCÍA Y SARA DÍAZ HERNAN **1281**

273 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL PROCESO DE INGRESO DE PACIENTES QUE VAN DE URGENCIAS**
PRISCILA MACÍAS DÍAZ, PATRICIA IZQUIERDO PANTOJA, MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO, RAQUEL CÓZAR GARCÍA Y SARA DÍAZ HERNAN **1287**

274 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS CONOCIMIENTOS OBLIGATORIOS CON EL PC EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
PRISCILA MACÍAS DÍAZ, PATRICIA IZQUIERDO PANTOJA, MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO, RAQUEL CÓZAR GARCÍA Y SARA DÍAZ HERNAN **1291**

275 **LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA AYUDA AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA COLOCACIÓN Y RETIRADA DE CUÑA, BOTELLA O PAÑAL**
PEDRO GARCÍA VENTURINI, LAURA DARRIBA BARBA, ANTONIA GARCIA GARCIA, ROCIO CORTES RAMIREZ Y RAQUEL REDONDO VALERO **1295**

276 **EL EQUIPO DE CELADORES Y SUS ACTIVIDADES EN EL ALMACÉN DE LOS HOSPITALES**
MARIA VERA NAVARRO, NURIA GARCÍA MUÑOZ, HUGO GOMEZ MARTIN, TERESA GARCIA LOPEZ Y ÁNGEL BAUTISTA DEL ÁLAMO MORENO **1299**

277 **EL EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) DE LOS CELADORES DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19**
MARIA VERA NAVARRO, NURIA GARCÍA MUÑOZ, HUGO GOMEZ MARTIN, TERESA GARCIA LOPEZ Y ÁNGEL BAUTISTA DEL ÁLAMO MORENO **1303**

278 **EL CELADOR ANTE LA PACIENTE EN EL PARITORIO EN TIEMPOS DE PANDEMIA**
MARIA VERA NAVARRO, NURIA GARCÍA MUÑOZ, HUGO GOMEZ MARTIN, TERESA GARCIA LOPEZ Y ÁNGEL BAUTISTA DEL ÁLAMO MORENO **1307**

279 **EL CELADOR ENCARGADO DEL ALMACÉN HOSPITALARIO. FUNCIONES DEL CELADOR, ORGANIZACIÓN DE SUMINISTROS**
MERCEDES SALCEDO RUIZ, MARÍA ASUNCIÓN RUBIO RODRIGO Y JULIAN GUIJARRO HERNAIZ **1311**

280 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PROTECCION DE DATOS DEL PACIENTE DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO**
AMPARO SÁNCHEZ MORA, ROCIO MARTÍNEZ LEAL Y MERCEDES MARIN VIOSQUEZ **1315**

281 **EL CELADOR EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE UN CENTRO SANITARIO. FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE Y CON EL RESTO DE LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES**
JULIAN GUIJARRO HERNAIZ, MERCEDES SALCEDO RUIZ Y MARÍA ASUNCIÓN RUBIO RODRIGO **1319**

282 **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN HOSPITALES**
ROCIO MARTÍNEZ LEAL, AMPARO SÁNCHEZ MORA Y MERCEDES MARIN VIOSQUEZ **1323**

283 **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO: DANDO SENTIDO A LA PRÁCTICA**
ROBERTO VILLORA GÓMEZ, MARIA BEGOÑA PEREZ GARCIA, SOL VIRGINIA CASTELLANOS FERNANDEZ, VIRGINIA CALERO CASTELLANOS Y FRANCISCO CALERO CASTELLANOS **1327**

284 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ARCHIVO HOSPITALARIO
LIDIA MONOSOR OROZCO, LIDIA BENITA GARRIDO, MARÍA ELENA GARCÍA GARCÍA, MARI CRUZ MAIZ NAVALON Y DARIO MARTINEZ ROMERO 1331

285 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS FUNDAMENTOS EN GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD
LIDIA MONOSOR OROZCO, MARI CRUZ MAIZ NAVALON, LIDIA BENITA GARRIDO, MARÍA ELENA GARCÍA GARCÍA Y DARIO MARTINEZ ROMERO 1335

286 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE EL TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS
JULIAN GUIJARRO HERNAIZ, MERCEDES SALCEDO RUIZ Y MARÍA ASUNCIÓN RUBIO RODRIGO 1339

287 LA DIVERSIDAD CULTURAL EN LOS CENTROS SANITARIOS POR PARTE DEL AUXILIAR ADMNISTRATIVO
NURIA GARCÍA MUÑOZ, MARÍA CRISTINA FERNÁNDEZ ACEBEDO, MARIA DEL VALLE DIAZ MEJIAS, MARIA DEL ROCIO PEREZ BRAOJOS Y EVA MARIA MARTIN PATIÑO 1343

288 LOS PERFILES PROFESIONALES CORRECTOS PARA TRABAJAR COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD PUBLICA
NURIA GARCÍA MUÑOZ, MARÍA CRISTINA FERNÁNDEZ ACEBEDO, MARIA DEL VALLE DIAZ MEJIAS, MARIA DEL ROCIO PEREZ BRAOJOS Y EVA MARIA MARTIN PATIÑO 1349

289 LA OBLIGACIÓN DE PROTEGER LOS DATOS PERSONALES Y DATOS CLÍNICOS DE LOS PACIENTES POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
NURIA GARCÍA MUÑOZ, MARÍA CRISTINA FERNÁNDEZ ACEBEDO, MARIA DEL VALLE DIAZ MEJIAS, MARIA DEL ROCIO PEREZ BRAOJOS Y EVA MARIA MARTIN PATIÑO 1355

290 EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS A LA ASISTENCIA SANITARIA
MERCEDES MARIN VIOSQUEZ, ROCIO MARTÍNEZ LEAL Y AMPARO SÁNCHEZ MORA 1361

291 CLASIFICACION DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS Y SU MANEJO POR PARTE DEL CELADOR.
SANTIAGO FUENTES MARIN 1365

292 EL CELADOR EN LA COLOCACIÓN Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE
IVÁN GARCÍA HERNÁN, ALEJANDRO ALMENDROS VILLACAÑAS, SANTIAGO ROSADO DEL OLMO, ANA ISABEL MOLINA GARCIA Y ALBERTO CUPIDO FIGUEROA 1369

293 ACTUACIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO
IVÁN GARCÍA HERNÁN, ALEJANDRO ALMENDROS VILLACAÑAS, SANTIAGO ROSADO DEL OLMO, ANA ISABEL MOLINA GARCIA Y ALBERTO CUPIDO FIGUEROA 1373

294 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA
JESÚS MARTÍNEZ DE LAMO 1377

295 EL CELADOR EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN
JESÚS MARTÍNEZ DE LAMO 1381

296 EL CELADOR EN PLANTAS: CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS
BEATRIZ GÁLVEZ VIDAL, CONSTANTINA CARMEN DEL CAMPO MORENO Y RUBEN PRADO DEL CAMPO 1385

297 EL CELADOR EN RADIOLOGÍA: FUNCIONES
RUBEN PRADO DEL CAMPO, CONSTANTINA CARMEN DEL CAMPO MORENO Y BEATRIZ GÁLVEZ VIDAL 1389

298 PLANES DE EMERGENCIA HOSPITALRIA ACTUACIÓN DE LOS CELADORES
CONSTANTINA CARMEN DEL CAMPO MORENO, RUBEN PRADO DEL CAMPO Y BEATRIZ GÁLVEZ VIDAL 1393

299 RECLAMACIONES Y QUEJAS EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: LAS AGRESIONES VERBALES O FÍSICAS
LIDIA MONOSOR OROZCO, LIDIA BENITA GARRIDO, DARIO MARTINEZ ROMERO, MARI CRUZ MAIZ NAVALON Y MARÍA ELENA GARCÍA GARCÍA 1397

300 LAS TRANSFERENCIAS EN EL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS REALIZADAS POR EL CELADOR SANITARIO
FERMÍN GARCÍA SÁNCHEZ, CAROLINA ISABEL FUENTES BERMEJO Y MARÍA JOSEFA GONZÁLEZ URREA 1401

301 EL DESEMPEÑO SANITARIO DEL CELADOR EN REHABILITACION HOSPITALARIA Y FISIOTERAPIA
CAROLINA ISABEL FUENTES BERMEJO, MARÍA JOSEFA GONZÁLEZ URREA Y FERMÍN GARCÍA SÁNCHEZ 1405

302 LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Y EL PAPEL DEL CELADOR SANITARIO EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR SANITARIO
MARÍA JOSEFA GONZÁLEZ URREA, CAROLINA ISABEL FUENTES BERMEJO Y FERMÍN GARCÍA SÁNCHEZ 1409

303 EL CELADOR EN EL TRASLADO DE PACIENTES QUE ESTÁN INGRESADOS EN LOS CENTROS DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO
YOANA PAREJA VERDEJO 1413

304 EL TRASLADO EN LA PLANTA DE GERIATRÍA HOSPITALARIA POR PARTE DEL CELADOR SANITARIO
DIEGO PÉREZ MARTÍNEZ 1417

305 EL TÉCNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS PRINCIPALES HABILIDADES SOCIALES QUE DEBEN DE DESARROLLAR
ANGELA SERRANO LOPEZ 1421

306 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE
JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA, ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO, MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ, MONTSERRAT REDONDO PÉREZ Y SARA GARCIA PINILLA 1425

307 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN
RAFAEL ROMERO ESPINOSA 1429

308 EL ACOSO SEXUAL EN EL ÁMBITO LABORAL
MARCOS GONZÁLEZ ALLER 1433

309 TRAMITACIÓN DE LA TARJETA SANITARIA POR PARTE DEL AUXILIAR ADMNISTRATIVO
MARIA BEGOÑA PEREZ GARCIA, SOL VIRGINIA CASTELLANOS FERNANDEZ, VIRGINIA CALERO CASTELLANOS, FRANCISCO CALERO CASTELLANOS Y ROBERTO VILLORA GÓMEZ 1437

310 RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
MARIA BEGOÑA PEREZ GARCIA, VIRGINIA CALERO CASTELLANOS, ROBERTO VILLORA GÓMEZ, SOL VIRGINIA CASTELLANOS FERNANDEZ Y FRANCISCO CALERO CASTELLANOS 1443

311 TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA FOBIA ESCOLAR
MARIA CAMINO SANCHEZ 1449

312 APLICACIÓN TURRIANO EN EL ÁMBITO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
MARIA JESUS RAME GOMEZ-CABRERO, INMACULADA SANCHEZ-CRESPO URDA Y ANGEL MATEO MIRANDA 1453

313 HABILIDADES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD
ANGEL MATEO MIRANDA, MARIA JESUS RAME GOMEZ-CABRERO Y INMACULADA SANCHEZ-CRESPO URDA 1457

314 FUNCIONES DEL PINCHE EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA LÍQUIDA HOSPITALARIA
CARLA MENCHERO BAUTISTA, ANA PONCE JIMENEZ, SONIA FERNÁNDEZ-MARCOTE GOMEZ, JOAQUIN GUILLÉN FUENTES Y PILAR GÓMEZ HERNÁNDEZ 1461

315 **FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE UNA DIETA HOSPITALARIA SEMIBLANDA**
CARLA MENCHERO BAUTISTA, JOAQUIN GUILLÉN FUENTES, PILAR GÓMEZ HERNÁNDEZ, SONIA FERNÁNDEZ-MARCOTE GOMEZ Y ANA PONCE JIMENEZ **1465**

316 **FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA BLANDA HOSPITALARIA**
CARLA MENCHERO BAUTISTA, ANA PONCE JIMENEZ, SONIA FERNÁNDEZ-MARCOTE GOMEZ, JOAQUIN GUILLÉN FUENTES Y PILAR GÓMEZ HERNÁNDEZ **1471**

317 **FUNCIONES DEL CELADOR EN LOS ACCESOS HOSPITALARIOS: PUERTA PRINCIPAL Y PUERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
IVÁN GARCÍA HERNÁN, ALEJANDRO ALMENDROS VILLACAÑAS, SANTIAGO ROSADO DEL OLMO, ANA ISABEL MOLINA GARCIA Y ALBERTO CUPIDO FIGUEROA **1477**

318 **LA IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS: EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
CARMEN ANDICOBERRY RAMIREZ, ELENA LUCIA VILLANUEVA MANZANERO, MARÍA DOLORES PÉREZ CÓRDOBA, ANA ISABEL FERNÁNDEZ MENCHERO MARTÍN PORTUGUÉS Y ISABEL ORTIZ MORENO **1481**

319 **EL APOYO EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**
CARMEN ANDICOBERRY RAMIREZ, ELENA LUCIA VILLANUEVA MANZANERO, MARÍA DOLORES PÉREZ CÓRDOBA, ANA ISABEL FERNÁNDEZ MENCHERO MARTÍN PORTUGUÉS Y ISABEL ORTIZ MORENO **1487**

320 **TAREAS DEL CELADOR EN LA COLOCACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN FARMACIA**
GUADALUPE TREVEJO JIMENEZ, MIGUEL MORÓN MALDONADO, ALBA MARÍA CLEMENTE FERNÁNDEZ-MEDINA, SONIA FERNÁNDEZ-MARCOTE GOMEZ Y YOLANDA MORALEDA ESPINAR **1493**

321 **TAREAS DEL CELADOR EN LA COLOCACIÓN Y GESTIÓN DEL ALMACÉN HOSPITALARIO**
GUADALUPE TREVEJO JIMENEZ, YOLANDA MORALEDA ESPINAR, SONIA FERNÁNDEZ-MARCOTE GOMEZ, ALBA MARÍA CLEMENTE FERNÁNDEZ-MEDINA Y MIGUEL MORÓN MALDONADO **1497**

322 **TAREAS DEL CELADOR EN LA COLOCACIÓN DE LOS SUEROS QUE SE UTILIZAN EN EL HOSPITAL**
GUADALUPE TREVEJO JIMENEZ, YOLANDA MORALEDA ESPINAR, SONIA FERNÁNDEZ-MARCOTE GOMEZ, MIGUEL MORÓN MALDONADO Y ALBA MARÍA CLEMENTE FERNÁNDEZ-MEDINA **1501**

323 **CALIDAD ANALÍTICA EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS**
MARIA PILAR FERNANDEZ FERNÁNDEZ **1505**

324 **FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE ELECTROFISIOLOGÍA HOSPITALARIA**
MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL, SANTIAGO RODRIGUEZ MESA, MARÍA ÁNGELES PÉREZ NEGRO, ANA PONCE JIMENEZ Y BEATRIZ OLIVER GARCÍA **1509**

325 **IMPORTANCIA DEL BALANCE HÍDRICO Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
CARMEN ANDICOBERRY RAMIREZ, ELENA LUCIA VILLANUEVA MANZANERO, MARÍA DOLORES PÉREZ CÓRDOBA, ANA ISABEL FERNÁNDEZ MENCHERO MARTÍN PORTUGUÉS Y ISABEL ORTIZ MORENO **1513**

326 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL ESÓFAGO DE BARRETT**
CARMEN ANDICOBERRY RAMIREZ, ELENA LUCIA VILLANUEVA MANZANERO, MARÍA DOLORES PÉREZ CÓRDOBA, ANA ISABEL FERNÁNDEZ MENCHERO MARTÍN PORTUGUÉS Y ISABEL ORTIZ MORENO **1519**

327 **LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO**
SUSANA ESCAÑO QUIRANTES, CLOTILDE ESCANDON CHANTRES, BÁRBARA PANDO GARCÍA, MONSERRAT CUARTAS GARCIA Y ANA MARÍA FANJUL SÁNCHEZ **1523**

Capítulo 1

EL PRURITO EN LA PIEL: ETIOLOGÍAS POCO CORRIENTES

CECILIA ARBESÚ SARACHO

LUCÍA MOLINA CAMPOS

1 Introducción

En el caso de una sospecha de prurito acuagénico, la primera dificultad en el abordaje diagnóstico es diferenciar si estamos realmente ante un prurito acuagénico o una urticaria acuagénica, ya que aunque se parecen, realmente estaríamos ante dos entidades diferentes. El primero consiste en la aparición brusca de prurito sin asociar lesiones cutáneas inmediatamente después del contacto con agua; mientras que en la urticaria acuagénica, el prurito sí se acompaña de lesiones cutáneas evidentes y por eso esta pertenece al grupo de urticarias físicas.

Cuando hablamos de urticaria física estaríamos haciendo referencia a unos subtipos de urticaria crónica donde se incluyen todas aquellas entidades cuyo nexo común es la aparición de lesiones tipo urticaria ante estímulos ambientales como son el cambio de temperatura (sobre todo calor), la aplicación de presión, ejercicio física, agua, vibración o la exposición solar.

La urticaria se refiere a la aparición de lesiones eritematosas, bien delimitadas, tipo placa con intenso prurito asociado que evoluciona y desaparece a lo largo de 24 horas máximo.

Si las consideramos en su conjunto, las urticarias físicas pueden llegar a afectar al 1% de la población adulta, representando el 20-30% de las urticarias crónicas.

El espectro clínico de este grupo de entidades es muy amplio y variable, así como su severidad.

2 Objetivos

- Aportar conocimiento acerca del prurito acuagénico y de la urticaria acuagénica, como una etiología rara de prurito generalizado.
- Mostrar el diagnóstico diferencial de las urticarias físicas en general.
- Determinar las alternativas terapéuticas existentes para el prurito acuagénico y la urticaria acuagénica en particular.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 49 años, con atenciones erráticas en nuestro centro de salud.

Como antecedentes destacables, consta diagnóstico de síndrome de fatiga crónica o fibromialgia a tratamiento con antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antiinflamatorios no esteroideos de base, asociando corticoterapia sistémica vía oral en caso de brotes. Diagnóstico de enfermedad venosa de miembros inferiores crónica, con algún episodio de flebitis no complicada.

Unos diez años antes, había consultado por un episodio de prurito cutáneo, localizado en ambas manos, sin claras lesiones asociadas. Se pautó tratamiento sintomático y se perdió seguimiento.
Cinco años después consulta de nuevo por prurito, esta vez lo refiere como generalizado tras la ducha con agua caliente (no le ocurre si se ducha con agua tibia/fría). A la exploración no se objetivaba ninguna lesión dérmica, por lo que se volvió a pautar tratamiento sintomático con antihistamínico vía oral.

Reacude 2 años después por no mejoría. Se la reinterroga, y relata que posterior a su último contacto en nuestro centro de salud, comenzó a notar también rubefacción intensa con los cambios de temperatura bruscos, sobre todo si pasaba de ambiente fresco a uno caliente, así como eritema y resquemor en aquellas zonas del cuerpo en contacto con agua caliente. En consulta, la exploración física vuelve a ser normal. Se solicita entonces analítica completa, incluyendo bilirrubina, fosfatasa alcalina, ferrocinética, TSH… siendo todos los resultados normales. Se asoció amitriptilina 75 mg al antihistamínico y se recomendó observación de cambios.

Un año después aporta informe de dermatólogo privado, con el diagnóstico de prurito acuagénico, ya que según relataba en informe clínico, la asociación con la exposición al agua caliente, en aquellas zonas en contacto y su mejoría a

los minutos de su desaparición, así como normalidad de pruebas complementarias, hacían muy sugestivo el diagnóstico. Se iniciaron medidas de evitación, así como guantes para realizar la limpieza y se cambió antihistamínico H2 por montelukast.

Actualmente, consulta porque la sintomatología ha aumentado. Refiere que ya no depende de la zona de contacto, sino que ante la exposición al agua (y ya no siempre caliente), presenta una reacción sistémica, con eritema quemante, de unos 15 minutos de duración. Inicialmente, sí había respondido muy bien al tratamiento con montelukast, pero ahora ya no resulta efectivo para prevenir los episodios.

Ante la evolución tórpida, la asociación actual con lesión cutánea y la dificultad de control, se decidió remitir a consultas externas de Dermatología del hospital de referencia, para valorar correctamente el diagnóstico de prurito acuagénico o bien urticaria física (tipo urticaria acuagénica) y la instauración de tratamientos de segundo escalón.

4 Discusión-Conclusión

El prurito acuagénico es una rara entidad que, según los estudios realizados al respecto, puede llegar a afectar hasta al 20% de adultos jóvenes de países africanos. Es una entidad aún no bien conocida, considerando que la gran mayoría de casos tienen un origen idiopático. Sin embargo, se conoce que casi un tercio de los mismos podrían deberse a una enfermedad hematológica, destacando la policitemia vera y, después, un síndrome mielodisplásico. No se pueden descartar otras causas sistémicas implicadas, como la hepatitis C o fármacos como bupropion o antimaláricos. A nivel fisiopatológico, la teoría más aceptada es la existencia de una hiperexcitación de fibras nerviosas tipo C, con nula participación de la histamina. Esta condición provoca una gran alteración en la calidad de vida de quien lo padece, ya que su tratamiento es muy complicado actualmente. Dentro del arsenal terapéutico se describen algunas medidas generales (alcalinización de los baños, glicerol en gel, acortar la duración de los baños…), fármacos sistémicos (antihistamínicos - tanto H1 de nueva generación como H2 - , anticonvulsivantes como pregabalina, antagonistas de los receptores de opioides, betabloqueantes – Propranolol o atenolol -, colestiramina o montelukast), e incluso tratamientos biológicos como el omalizumab subcutáneo y la fototerapia PUVA y UVB. Precisamente la fototerapia parece ser una de las terapéuticas más efectivas, aunque requiere hacer un tratamiento de mantenimiento crónico

para mantener la remisión clínica. En este sentido, tenemos que tener en cuenta que la mayor limitación va a ser el riesgo de generar tumores secundarios.

El conjunto de las urticarias físicas incluye un amplio abanico de entidades, con pronósticos distintos según el caso. Su tratamiento general no difiere mucho del expuesto para el prurito acuagénico, si bien parece que la respuesta puede ser más favorable. Dentro del arsenal terapéutico encontramos las medidas de evitación (pilar fundamental para muchas de las entidades), así como el grupo farmacológico de los antihistamínicos, glucocorticoides sistémicos, el anticuerpo monoclonal Omalizumab y la fototerapia.

Como bien sabemos, la urticaria física es aquella patología que clínicamente se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas tras la exposición a un estímulo ambiental. Las diferencias entre los distintos tipos de urticarias físicas radican en los estímulos desencadenantes, por tanto, conocer estos factores resulta fundamental para poder realizar un adecuado diagnóstico diferencial. Dentro de las urticarias físicas podemos encontrar:

- Dermografismo: es el tipo de urticaria física más frecuente, afectando entre el 2-5% de la población. Se caracteriza por la aparición rápida de habones tras la aplicación de presión o rascado sobre la piel. Dado que la forma de manifestación más frecuente es la no pruriginosa, no requiere de un tratamiento específico más que la aplicación de medidas de evitación. Las formas pruriginosas se benefician del uso de antihistamínicos y, en casos refractarios, se han visto buenos resultados tras el tratamiento con luz ultravioleta u omalizumab.

- Urticaria por presión retardada/angioedema: se manifiesta como un enrojecimiento e inflamación de la piel tras la aplicación mantenida de presión. Su diferencia principal con el dermografismo es el tiempo de aparición de la lesión que, en el caso de esta entidad, aparece a las 4-6 horas tras la exposición al estímulo. El tratamiento puede resultar complejo, existen estudios que han obtenido buenos resultados con la combinación de desloratadina y montelukast.

- Urticaria colinérgica: se caracteriza por la aparición de habones tras la aplicación de cualquier estímulo que produzca un aumento de la temperatura corporal. Dentro de los desencadenantes más frecuentes se encuentra el ejercicio físico y los ambientes calientes y húmedos. Además de las medidas de evitación, el tratamiento farmacológico de elección son los antihistamínicos de segunda generación como primera opción. En caso de no conseguir un adecuado control sintomático, se utilizaría la hidroxicina como fármaco de segunda elección.

- Urticaria inducida por ejercicio/anafilaxia: se caracteriza por la aparición de habones tras la práctica de ejercicio físico. A diferencia de la urticaria colinérgica, esta entidad solamente se desencadena con el ejercicio y no con otros estímulos que provoquen el aumento de la temperatura corporal.

- Urticaria acuagénica: es la entidad con la que habría que realizar el principal diagnóstico diferencial del caso previamente expuesto. Como se ha comentado previamente, la diferencia principal entre estas dos patologías es la aparición de lesiones cutáneas (habones) en el caso de la urticaria, frente a una reacción pruriginosa cutánea sin lesiones visibles en el caso del prurito acuagénico. El diagnóstico de confirmación se podría realizar a partir de una prueba de provocación, en este caso a través del contacto cutáneo directo con agua o suero salino. El tratamiento de elección son los antihistamínicos de segunda generación, aunque en aquellos casos refractarios, existen otros fármacos que han demostrado utilidad como: el omalizumab, la luz ultravioleta B o el propranolol.

- Urticaria solar: es aquella entidad que da lugar a una reacción urticariforme tras la exposición de la piel a la luz solar. Habitualmente solamente afecta a aquellas zonas de la piel expuestas de forma directa al sol, aunque existen un pequeño porcentaje de pacientes en los que también afecta a las zonas de piel cubiertas por ropa. Las dos patologías más frecuentes que cursan con clínica similar son la erupción polimorfa solar y la protoporfiria eritropoyética. Como tratamiento se considera de primera elección el uso de antihistamínicos para el control sintomático, pudiendo además asociar glucocorticoides en caso de no conseguir una buena respuesta clínica.

- Urticaria vibratoria: se manifiesta con la aparición de prurito, inflamación y eritema tras la aplicación de estímulos vibratorios sobre la piel. A diferencia de otras entidades, no suele cursar con la aparición de habones. Los factores desencadenantes se encuentran relacionados con la práctica de actividades (montar en bicicleta, en motocicleta o a caballo) o con ciertas ocupaciones laborales que implican el uso de maquinaria (carpintero, mecánico, operario, etc.). El tratamiento principal son las medidas de evitación, aunque estas no siempre son factibles. Se ha observado una buena respuesta al tratamiento sintomático con antihistamínicos y, en casos refractarios, al uso de antileukotrienos, dapsona, ciclosporina, prednisona u omalizumab.

Por tanto, en aquellos pacientes que manifiesten clínica compatible con una urticaria física, debemos realizar una amplia anamnesis y exploración física con el fin de poder filiar el factor desencadenante de la reacción, y, en caso de ser nece-

sario, realizar un diagnóstico de confirmación a partir de las pruebas de provocación oportunas.

Con todo esto, se concluye que, aunque tanto las urticarias físicas como el prurito acuagénico son patologías poco frecuentes, generan un impacto importante sobre la calidad de vida de los pacientes. Por tanto, es necesario conocer las características propias de estas entidades con el fin de proporcionar el mejor tratamiento posible a nuestros pacientes.

5 Bibliografía

1. Dice JP , Gonzalez-Reyes E. Physical (inducible) forms of urticaria. UpToDate . Consultado Online el 25 Mayo 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/physical-inducible-forms-of-urticaria/.
2. Maurer M, Metz M, Brehler R, et al. Omalizumab treatment in patients with chronic inducible urticaria: A systematic review of published evidence. J Allergy Clin Immunol 2018; 141:638.
3. Orfan NA, Kolski GB. Physical urticarias. Ann Allergy 1993; 71:205.

Capítulo 2

DEMENCIA FRONTOTEMPORAL: ASPECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS

LUZ MARÍA SABATER GARCÍA

1 Introducción

La demencia frontotemporal (DFT) es un tipo de demencia progresiva que afecta principalmente a las regiones frontales y temporales del cerebro. A diferencia de otras formas de demencia, como la enfermedad de Alzheimer, la DFT se caracteriza por cambios en la personalidad, el comportamiento y las habilidades de lenguaje, en lugar de la pérdida de memoria. La DFT es causada por la degeneración de las células cerebrales en las regiones frontales y temporales, lo que lleva a la atrofia y el deterioro de estas áreas. Aunque la causa exacta aún no se conoce, se cree que factores genéticos desempeñan un papel importante en el desarrollo de la enfermedad. Los síntomas de la DFT pueden variar dependiendo de la región cerebral afectada. En las etapas iniciales, los pacientes pueden experimentar cambios sutiles en la personalidad, como la apatía, la falta de inhibiciones sociales, la impulsividad y la pérdida de empatía. También pueden presentar dificultades en la planificación y la toma de decisiones. Conforme la enfermedad progresa, los síntomas se vuelven más pronunciados. Los pacientes pueden mostrar comportamientos inapropiados en situaciones sociales, tener dificultades en el lenguaje, como la pérdida de vocabulario y la dificultad para encontrar las palabras adecuadas. Además, pueden tener problemas en el control de los movimientos, como la rigidez y los movimientos repetitivos. La DFT afecta a personas más jóvenes en comparación con otras demencias, generalmente entre los 40 y 65 años, lo que supone un impacto significativo en la vida de los pacientes y sus familias. La enfermedad puede tener un impacto devastador en las

relaciones familiares y laborales, y requerir un alto nivel de atención y cuidado. El diagnóstico de la DFT puede ser difícil, ya que los síntomas iniciales pueden confundirse con trastornos psiquiátricos o incluso con el estrés. Sin embargo, una evaluación neurológica completa, pruebas de imagen cerebral y pruebas genéticas pueden ayudar a confirmar el diagnóstico.

2 Objetivos

Nuestro objetivo es realizar una búsqueda bibliográfica en torno a las manifestaciones más frecuentes de índole conductual que puede tener la demencia frontotemporal, de cara a evitar su confusión con otros síndromes psiquiátricos y realizar un correcto diagnóstico diferencial que nos permita ser certeros en el diagnóstico y realizar en abordaje neuropsicológico adecuado en estos pacientes.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica de carácter narrativo en las principales fuentes de bibliografía médica: Pubmed, Tripdatabase, Preevid, etc. Pero también en las principales fuentes de guías clínicas, en especial UpToDate, que son las que ofrecen la recopilación más certera de los últimos avances a nivel diagnóstico y metodológico.

4 Resultados

Lo primero que hay que tener en cuenta es que el término ”degeneración lobar frontotemporal” (DLFT) se utiliza para describir los diagnósticos patológicos relacionados con el espectro clínico de la DFT. Esta condición patológica puede ser dividida en subtipos según el tipo de inclusiones proteicas características que se observan en el citoplasma o núcleo, y que se cree que tienen efectos nocivos para las células nerviosas. Cada síndrome clínico de la DFT puede estar asociado con diferentes tipos de daño en el tejido nervioso, lo cual representa un desafío importante para el desarrollo y la prueba de terapias diseñadas para abordar de manera específica las disfunciones de las proteínas en la neurodegeneración. Además, los estudios 2 demuestran una importante superposición neuropatológica y genética entre la enfermedad de las neuronas motoras y la DFT.

A nivel epidemiológico, no podemos dejar pasar que la demencia frontotemporal (DFT) es una de las principales causas de demencia de inicio temprano y se pre-

senta con una frecuencia similar a la enfermedad de Alzheimer (EA) en pacientes menores de 65 años. De hecho, según un análisis exhaustivo de 26 estudios llevados a cabo en Europa, Asia, Norteamérica y Sudamérica, se encontró que, en promedio, la DFT representaba aproximadamente el 2.7 por ciento de los diagnósticos en pacientes de 65 años o más con demencia. Sin embargo, en el caso de los pacientes menores de 65 años con demencia, la DFT representaba alrededor del 10.2 por ciento de los diagnósticos. Existe la posibilidad de que la incidencia y prevalencia de la DFT estén subestimadas, ya que muchos pacientes presentan cambios en su comportamiento y es probable que sean referidos a servicios psiquiátricos en lugar de servicios especializados en demencia. La edad promedio de inicio de la DFT es aproximadamente a los 58 años. Aunque se han registrado casos de inicio de la enfermedad entre los 20 y los 80 años, es poco común que la DFT se desarrolle antes de los 40 años o después de los 75 años. En la mayoría de las series de casos, la proporción de hombres y mujeres afectados por la DFT es similar, aunque algunas series han reportado una mayor prevalencia en hombres.

De cara a distinguir sus manifestaciones psicopatológicas, es importante comentar que predecir la patología subyacente sigue siendo un desafío para la variante conductual de la DFT, sin embargo, los subtipos específicos de afasia progresiva primaria muestran correlaciones clínico-patológicas más sólidas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, es importante mencionar que la demencia frontotemporal es un tipo de demencia que se caracteriza por cambios en la personalidad, el comportamiento y las habilidades de lenguaje debido a la degeneración de las células cerebrales en las regiones frontales y temporales. Aunque no tiene cura, el diagnóstico temprano y las intervenciones adecuadas pueden ayudar a los pacientes a vivir una vida más plena y significativa a pesar de la enfermedad. Aún resulta complicado predecir la patología subyacente en la DFT. Además, se observan asociaciones significativas entre las variantes específicas de la afasia progresiva primaria (PPA) y la neuropatología.

6 Bibliografía

Onyike CU, Huey ED. Frontotemporal dementia and psychiatry. Int Rev Psychiatry. 2013 Apr;25(2):127-9. doi: 10.3109/09540261.2013.785169. PMID: 23611342; PMCID: PMC3947598.

Scarioni M, Gami-Patel P, Timar Y, Seelaar H, van Swieten JC, Rozemuller AJM, Dols A, Scarpini E, Galimberti D; Netherlands Brain Bank; Hoozemans JJM, Pijnenburg YAL, Dijkstra AA. Frontotemporal Dementia: Correlations Between Psychiatric Symptoms and Pathology. Ann Neurol. 2020 Jun;87(6):950-961.

Capítulo 3

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO NO HORMONAL DE LA SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA DE LA MENOPAUSIA

DELMINA RODRIGUEZ RIBEIRO

1 Introducción

La sintomatología vasomotora, que incluye las sofocaciones y los sudores nocturnos, aparece en hasta en el 80% de las pacientes en transición o una vez establecida la menopausia. Afecta negativamente y de manera importante a la calidad de vida, y en ocasiones persiste durante mucho tiempo. Pese a la repercusión clínica que tienen, su fisiopatología sigue siendo en gran parte desconocida, y solo en los últimos años se ha impulsado de nuevo el estudio de dichos mecanismos.

Aunque actualmente el tratamiento hormonal sigue siendo el tratamiento más efectivo para aliviar la sintomatología vasomotora, son muchas las mujeres que no pueden o por diferentes motivos no desean utilizarlo, y por ello, existen varios tratamientos alternativos en continua actualización que deben ser conocidos por los profesionales para intentar ofrecer alternativas terapéuticas efectivas a las pacientes.

Algunos tratamientos surgen de la medicina tradicional, que ha incorporado cambios de hábitos e inclusión de alimentos o extractos de plantas, para paliar los efectos de la sintomatología vasomotora en la calidad de vida de las pacientes. Otros tratamientos se han utilizado con base en las posibles teorías desencadenantes de las sofocaciones. Fruto de la investigación en el mecanismo de apari-

ción de las sofocaciones y sudoraciones nocturnas, están surgiendo nuevos fármacos que abren la puerta al tratamiento efectivo no hormonal de las pacientes en menopausia.

2 Objetivos

- Revisar las opciones de tratamiento no hormonal de la sintomatología vasomotora de la menopausia.
- Exponer la evidencia disponible sobre las recomendaciones de uso de las diferentes alternativas terapéuticas en la sintomatología vasomotora menopausia.

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 las últimas guías clínicas de ámbito nacional y se ha consultado PubMed como principal base de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen multitud de plantas y remedios que se han usado en medicina tradicional para el tratamiento de la sintomatología menopáusica, sin embargo, no todos están respaldados para su uso con evidencia científica suficiente.
Encontramos agentes terapéuticos no farmacológicos para abordar la diferente sintomatología de la menopausia, sin embargo, nos vamos a centrar en aquellos que buscan aliviar la sintomatología vasomotora.
Dentro de los más estudiados encontramos los fitoestrógenos, y entre ellos destacan las isoflavonas, que bien directamente o bien a través de sus metabolitos activos se van a unir a los receptores principalmente betaestrogénicos en el centro regulador hipotalámico. Las isoflavonas más estudiadas han sido genisteína y daidzeína, y un metabolito activo de esta última, el Equol. Debido a la disparidad de productos alimentarios y fitoterápicos existentes derivados principalmente de la soja y del trébol rojo, la bibliografía puede llegar a resultar confusa, sin embargo, varios metaanálisis informan de la eficacia en el tratamiento de los síntomas vasomotores, especialmente de la genisteína en una dosis mínima de 15 mg al día. El efecto tarda en aparecer unas 8-10 semanas desde el inicio de uso.

Otros efectos beneficiosos, como a nivel cardiovascular o sobre el metabolismo óseo, no están claramente demostrados. Sus precauciones de uso están en pacientes supervivientes de cáncer de mama, en pacientes en tratamiento con tamoxifeno o raloxifeno, y en pacientes hipotiroideas o con déficit de yodo en tratamiento. Se deben elegir preparados de eficacia comprobada y con controles de especialidades farmacéuticas, puesto que su perfil de efectividad y seguridad es más alto, con mínimas interacciones medicamentosas.
La cimicífuga, obtenida de la raíz y el rizoma desecado de Cimicífuga racemosa o Actaea racemosa, con alto contenido en glucósidos triterpénicos, presenta eficacia en la reducción de la sintomatología vasomotora por su actividad en la unión y modulación con los receptores de neurotransmisores del sistema nervioso central que intervienen en la termorregulación, el estado anímico y el sueño, principalmente dopaminérgicos, opioides y serotoninergicos, sin presentar actividad estrogénica.
Distintos extractos de la raíz de cimicífuga han sido estudiados, obteniendo los mejores con el extracto isopropanólico en dosis de 40 mg al día. Las principales precauciones se deben tener por la posible potenciación del efecto de los antihipertensivos y ocasionales molestias gastrointestinales leves iniciales. El perfil de seguridad es bueno y solo no se recomienda su administración en pacientes con alteraciones en la función hepática

El lúpulo y su flor, contienen compuestos químicos con actividad sobre los receptores estrogénicos, con mayor afinidad por los alfa, a lo que debe su efecto en la reducción de la sintomatología vasomotora. Presenta además efectos beneficiosos a nivel psicológico, urogenital y endotelial. Para garantizar el efecto terapéutico se deben suministrar dosis de 100 mcg al día de extracto de lúpulo estandarizado 8PN, cuyo perfil de seguridad es excelente tanto a nivel toxicidad como a nivel proliferativo mamario y endometrial.

Los extractos citoplasmáticos de polen presentan un efecto inhibidor de la recaptación de la serotonina, y durante su extracción se eliminan los potenciales alergénicos. Aunque con escasa potencia, hay múltiples estudios que demuestran la eficacia en el control de la sintomatología vasomotora de la paciente menopáusica, con un perfil de seguridad excelente.

Tanto la salvia, el hipérico (hierba de San Juan) y el sauzgatillo, han demostrado su efecto beneficioso en el control de la sintomatología vasomotora de la menopausia, pero los estudios son escasos y limitados.

Recientemente, la FDA ha aprobado para el tratamiento de los síntomas vasomo-

tores el primer antagonista de la neurokinina B, Fezolinetant, con escasos efectos secundarios y cuyo desarrollo ha conseguido mejorar el conocimiento de la fisiología de los sofocos. Aunque ha demostrado una mejoría en la calidad de vida de las pacientes, su efecto sobre el resto de síntomas asociados a la menopausia, aún no se ha estudiado.

Fármacos como los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) o la gabapentina, han sido utilizados y estudiados para el tratamiento de la sintomatología vasomotora, con buenos resultados. Sin embargo, son fármacos con mayores efectos secundarios e interacciones medicamentosas, por lo que su prescripción debe ser cuidadosa.

La pérdida de peso, las terapias cognitivo conductuales y la hipnosis clínica han demostrado evidencia clínica significativa en la mejoría de la sintomatología vasomotora.

5 Discusión-Conclusión

La terapia hormonal sigue siendo el tratamiento más efectivo para los síntomas vasomotores de la menopausia y debe considerarse en mujeres menopáusicas sanas dentro de los 10 años posteriores a su última menstruación.
Para las mujeres que no son candidatas para la terapia hormonal debido a contraindicaciones o preferencias personales, es importante que los profesionales de la salud conozcan las opciones de tratamiento no hormonal para reducir los síntomas vasomotores, que son respaldados por la evidencia, y que incluyen varios tratamientos fitoterápicos efectivos a determinadas dosis demostradas, psicoterápicos farmacológicos y no farmacológicos y conductuales o de cambio de hábitos de vida.
Uno de los últimos tratamientos no hormonales aprobados por la FDA, abre una nueva puerta de tratamientos no hormonales disponibles, con alta efectividad y seguridad.

6 Bibliografía

1. Nams position statement. The 2023 nonhormone therapy position statement of The North American Menopause Society Menopause The Journal of The North American Menopause Society. Vol. 30, No. 6, pp. 573-590, june 2023.

2. Navarro Moll MC, Losa Dominguez F. , edsl. Productos naturales en la mujer madura. Menoguía AEEM. Primera edición 2022.
3. Neurokinin 3 receptor antagonists for menopausal vasomotor symptoms. Julia K Praga Lancet. 2023;401:1055-8.

Capítulo 4

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO POR MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA: A PROPÓSITO DE UN CASO

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

SONIA BRICEÑO GARCÍA

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

LIRIA CHAMORRO RUFO

1 Introducción

Unos de los ingresos que son propios de las unidades de cuidados intensivos (UCI) son los estatus epilépticos refractarios a tratamiento convencional y principalmente cuando el nivel de consciencia se ve afectado y se requiere de intubación orotraqueal.

Las causas suelen ser múltiples: etiología infecciosa, secundario a meningoencefalitis, ya sea de origen bacteriano o vírico; causa autoinmunitaria, como es el caso de la encefalitis de Rasmussen típico de niños pero que también se puede

presentar en población adulta, en este caso añadido el subtítulo añadido de inicio tardío; etiología tumoral, etc.
En cuanto al diagnóstico, es imprescindible el uso del electroencefalograma, el cual se realizará para la confirmación del caso. Aunque también tendrá un papel primordial las pruebas radiológicas para saber la etiología como puede ser la tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética (RMN) craneal.
Existen diferentes niveles de tratamiento, empezando con la combinación de varios antiepilépticos (dosis de bolo inicial y de mantenimiento), continuando con sedación tanto superficial como profunda junto con analgesia (siendo en este caso requisito indispensable, la intubación orotraqueal) y terminando con el coma barbitúrico con tiopental en algunos de los casos más refractarios.
En este capítulo expondremos un caso, que un principio se etiquetó como una meningoencefalitis bacteriana pero que, tras la evolución clínica y sobre todo radiológica, finalmente podríamos encuadrarlo dentro del diagnóstico diferencial como también una probable encefalitis autoinmunitaria de Rasmussen de inicio tardío.

2 Objetivos

Conocer un caso que requirió de ingreso en UCI muy poco habitual que nos puede dar un estatus epiléptico refractario a tratamiento y que nos permitirá hacer un diagnóstico diferencial entre meningoencefalitis vs encefalitis de Rasmussen. de origen tardío.

3 Caso clínico

Estamos ante un caso de varón de 59 años con antecedentes de polineuroparía desmielinizante inflamatoria crónica en tratamiento con inmunoglobulinas intravenosa con dolor crónico tratado con parches de fentanilo que acude a urgencias porque la familia lo ve con disminución del nivel de consciencia con Glasgow de 3 que luego recupera una vez ya en la urgencia.

En un primer momento lo consideran como un cuadro neurológico asociado a depresión ya que el paciente no salía de casa y tenía una vida muy limitada de cama-sillón.

Estando en la observación de urgencias, el paciente comienza con episodios de desviación oculocefálica a la derecha con mioclonías hemicorporales derechas

por lo que se solicita TAC craneal urgente e interconsulta a neurología.

En el TAC informan de edema citotóxico con pérdida difusa de la diferenciación corticosubcortical en la práctica totalidad del hemisferio cerebral izquierdo a nivel supraganglionar, a descartar encefalopatía post estatus epiléptico vs encefalitis vírica.

En ese momento se pauta levetiracetam 1,5 gr cada 12 horas, valproico 2 gr al día y fenitoína 250 gr cada 8 horas. Ante los hallazgos del TAC y la mala evolución neurológica, se decide ingreso en UCI.

A su llegada se intuba y se realiza punción lumbar la cual es patológica (con proteínas, leucocitos elevados y glucosa baja) compatible con cuadro de meningoencefalitis bacteriana. Se le solicita además PCR múltiple la cual es negativa y hemocultivos en los cuales se aisla Aerococcus viridans, que es un coco grampositivo en racimos microaerófilo catalasa negativo. Es un microorganismo que puede producir meningitis, endocarditis, bacteriemias, infecciones urinarias, espondilodiscitis e infección de heridas (1). Debido a ello, se comenzó con tratamiento dirigido con vancomicina ya que es de los únicos antibióticos que son efectivos contra la misma ya que esta bacteria es resistente a penicilinas, ceftriaxona y linezolid (2).

Tras retirada de sedación, en la exploración física se evidencia parpadeos continuos que solo cedían con bolos de Propofol. En ese momento, se le realizó EEG donde se evidenció presencia Periodic lateralized epileptiform discharges (PLEDs).

Las PLED constituyen un patrón electroencefalográfico infrecuente cuya aparición se ha relacionado con lesiones cerebrales agudas, fundamentalmente con ictus, tumores y meningoencefalitis (3). En el caso que nos compete, nos parecía meningoencefalitis por Aerococcus viridans.

Ante la refractariedad del caso a pesar de la instauración de cuatro tratamientos antiepilépticos (levetiracetam, valproico, lacosamida y clonacepam) a dosis máximas, se decide realización de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) craneal.

En ella se objetivaron hiperintensidad de señal parcheada en la sustancia blanca subcortical y una restricción de la difusión y captación cortical de contraste de predominio frontal y parietal y en menor medida temporal en hemisferio cerebral izquierdo (Figura 1, flechas azules). Además, existe afectación a nivel del esplenio

del cuerpo calloso y en surcos mediales del hemisferio del lóbulo frontal derecho en este caso sin captación de contraste (Figura 2, flecha roja).

Los hallazgos estarían en relación con posible meningoencefalitis, aunque la afectación predominantemente unilateral del hemisferio cerebral izquierdo podría hacer pensar en otros tipos de encefalitis (autoinmune como la de Rasmussen de inicio tardío).

La evolución del paciente en UCI fue tórpida a nivel neurológico, ya que a pesar de que se le pautó tratamiento antibiótico y antiepiléptico, no hubo mejoría clínica ni radiológica, mantenía el estatus epiléptico incluso con cuatro antiepilépticos a dosis altas y sedoanalgesia.

Para llegar a un diagnóstico certero, lo ideal hubiera sido la realización de estudio histopatológico e inmunohistoquímica, pero ante la situación límite del paciente y su situación basal, que era bastante mermada, finalmente se le realizó limitación del esfuerzo terapéutico.

4 Discusión-Conclusión

Efectivamente este caso además de que es muy poco frecuente, es un reto para la medicina, ya que es un cuadro que cursa con estatus epiléptico refractario a tratamiento a pesar de dosis elevadas de antiepilépticos y que por supuesto todo comienza como un diagnóstico de sospecha.

En este caso, el paciente podríamos encuadrarlo como un caso posible de meningoencefalitis secundaria a Aerococcus viridans, aunque tampoco podríamos descartar que fuera una probable encefalitis autoinmunitaria o también llamada de Rasmussen de inicio tardío.

La encefalitis de Rasmussen (ER) es una patología infrecuente ocasionada por inflamación crónica autoinmune, habitualmente de un solo hemisferio cerebral. Se caracteriza por presentar déficit neurológico focal progresivo, epilepsia focal farmacorresistente y deterioro cognitivo, asociados a hemiatrofia cerebral. Típicamente, suele iniciar en la infancia con una incidencia de hasta 2.4 casos por cada 10 millones de niños por año. Su inicio en la adolescencia o adultez es infrecuente, siendo esta variante conocida como encefalitis de Rasmussen de inicio

tardío (ERIT) (4).

Para llegar al diagnóstico de la misma se requiere, aparte de una clínica e imagen radiológica compatible, un estudio histopatológico e inmunohistoquímico. Las características clínicas y radiográficas de ER son en última instancia relacionados con inflamación, pérdida neuronal y gliosis restringida a un hemisferio cerebral (4).

Microscópicamente, un infiltrado de linfocitos T y reactivo se observa astrocitosis en parénquima cerebral. Esto es acompañado de microglía activada, que puede formar microglía nódulos. La inflamación puede estar acompañada por neuronofagia y eventualmente hay marcada pérdida neuronal correspondiente macroscópicamente a la atrofia cortical.

El infiltrado linfocitario se resuelve, dejando residuos astrogliosis. La enfermedad puede afectar la materia gris de la corteza, hipocampo, amígdala y cuerpo estriado inicialmente, pero también se involucra progresivamente la sustancia blanca (4).

El caso como podemos apreciar es llamativo por el diagnóstico diferencial y la poca prevalencia de esta enfermedad, pero ante la situación basal del paciente principalmente y la refractariedad del caso, no se realizó la biopsia cerebral para llegar realmente al diagnóstico certero de esta patología.

5 Bibliografía

1. Rasmussen M. Aerococcus: an increasingly acknowledged human pathogen. Clin Microbiol Infect. 2016;22(1):22-7.
2. Tai DBG, Go JR, Fida M, Saleh OA. Management and treatment of Aerococcus bacteremia and endocarditis. Int J Infect Dis. 2021;102:584-9.
3. Camacho-Salas A, Martiez-Salio A, Garcia-Morales I, Villarejo-Galende A, de la Pena P. [Periodic lateralised epileptiform discharges as a form of presentation of neurosyphilis]. Rev Neurol. 2002;35(8):734-7.
4. Cay-Martinez KC, Hickman RA, McKhann Ii GM, Provenzano FA, Sands TT. Rasmussen Encephalitis: An Update. Semin Neurol. 2020;40(2):201-10.

Capítulo 5

RIÑÓN ÚNICO FUNCIONAL EN EL NIÑO

REBECA GARROTE MOLPECERES

1 Introducción

El origen del aparato excretor se produce entre las semanas 4ª y 36ª de gestación mediante un complejo proceso llamado nefrogénesis en el que el sistema excretor surge a partir de un órgano renal primitivo conocido como mesénquima metanéfrico y el sistema colector de otro llamado conducto mesonéfrico, a través de la yema ureteral. Fallos en el sistema de señalización y diferenciación celular provocan malformaciones con distinto pronóstico funcional renal y vital.

Tras completarse este proceso el riñón crece a partir del desarrollo de las nefronas existentes. Hay diversas teorías acerca de su detención, una de ellas propone una reducción progresiva de células pluripotenciales durante la formación del riñón metanéfrico; la otra defiende una posible alteración en la expresividad génica de dichas células. La alteración de la nefrogénesis origina menor masa nefrogénica e implica mayor riesgo de daño renal.

El riñón único funcional (RUF) es una anomalía que provoca reducción de la masa renal. Clásicamente, se pensaba que el crecimiento compensador del riñón sano era suficiente para garantizar una adecuada función renal sin repercusiones sanitarias relevantes. Sin embargo, los últimos estudios realizados en diversas cohortes de pacientes en edad adulta indican lo contrario. Es, por tanto, necesario revisar la bibliografía existente para saber qué cuidados, evaluaciones y seguimientos precisan los pacientes pediátricos con riñón único funcional.

2 Objetivos

Aportar una visión actualizada del riñón único funcional en el niño, aportando una serie de recomendaciones en el cuidado, valoración y seguimiento de estos pacientes, basándonos en la repercusión clínica objetivada en niños y adultos con SFK y, de esta forma, mejorar el pronóstico renal y vital de estos niños.

3 Metodología

En la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión sistemática de los artículos publicados en Pubmed®, Embase® y protocolos de la Asociación Española de Nefrología Pediátrica (AENP), así como de las escasas Guías Clínicas publicadas para el seguimiento de estos pacientes, entre las que se encuentra la de la Sociedad Italiana de Nefrología Pediátrica.

4 Resultados

Las anomalías congénitas nefrourológicas o CAKUT (Congenital Anomalies of the Kidney and Urinary Tract) son el producto de alteraciones en la nefrogénesis. Constituyen el 15-20% de las malformaciones ecográficas prenatales. El 40-50% de niños con enfermedad renal crónica (ERC) las padecen y un 30% asocian otras anomalías congénitas, empeorando el pronóstico del niño.

Dentro de ellas, la Agenesia renal es la ausencia completa de riñón, uréter y hemitrígono ipsilateral, mientras que la Aplasia renal se ocasiona por involución de un riñón displásico afuncional que puede asociar alteración ureteral. Debido a dificultades en su diferenciación generalmente se utiliza el término "Agenesia" para hacer referencia a ambas. Tienen una incidencia de 1 caso/2000 recién nacidos vivos y pueden diagnosticarse prenatalmente por ecografía, requiriendo siempre confirmación postnatal.

Hasta un 30% se asocian con otras CAKUT (principalmente ipsilaterales) y/u otras anomalías extrarrenales, pudiendo formar parte de diversos cuadros sindrómicos con diferente pronóstico vital y funcional, como son el Sd. de Williams-Beuren (del 7q11.23), la asociación VACTERL (TRAP1), Sd. de DiGeorge (del 22q11), Sd. de Fraser (FRAS1, FREM2), Sd. de Herlyn-Werner-Wunderlich u OHVIRA (genética desconocida) o Sd. de Mayer-Rokitansky (genética desconocida) entre otros; estos dos últimos de especial relevancia en niñas dada su asociación con anomalías del aparato reproductor femenino y amenorrea. Por ello,

dependiendo de la presencia o no de antecedentes familiares de este tipo de malformaciones y de otras anomalías es necesario realizar estudios genéticos dirigidos al screening de estas formas sindrómicas.

El pronóstico funcional depende de la dotación nefrogénica del riñón sano y ésta, a su vez, de factores endógenos como la edad gestacional, la presencia de retraso de crecimiento intrauterino (CIR) o el peso al nacimiento, de forma que se sabe que pacientes prematuros, presencia de CIR y/o bajo peso al nacimiento se asocian con menor masa nefrogénica. Otros factores exógenos que influyen en la masa nefrogénica son la necesidad de medicación nefrotóxica, ventilación mecánica o drogas vasoactivas, entre otros, reduciendo la masa nefrogénica. El crecimiento renal compensador origina cambios funcionales y estructurales glomerulares y tubulares. La sobrecarga funcional provoca fenómenos de hiperfiltración glomerular, ocasionando glomerulosclerosis progresiva y afectación tubular. La persistencia en el tiempo de estos mecanismos adaptativos daña la funcionalidad renal, provocando el desarrollo de ERC en la edad adulta.

En los distintos estudios publicados se analiza la función renal en niños y adultos con RUF determinando la presencia de microalbuminuria, HTA o deterioro de la función renal con filtrado glomerular estimado (FGe) por creatinina plasmática calculado con la fórmula de Schwartz de 2009 (presencia de daño renal si es < 90 ml/min/1,73m2).

Westland y cols. realizaron una revisión sistemática y analizaron 43 estudios que incluyen 2684 pacientes con RUF, de los cuales en 23 estudios (570 pacientes) se analiza la función renal (9 estudios incluían pacientes pediátricos). El 21% desarrollaron microalbuminuria, un 16% HTA y un 10% ERC con una mediana de seguimiento de 9,1 años (Rango IQ 9,0-10,8) en niños y 41 años (Rango IQ 40-57) en adultos. Determinan que el RUF no está exento de complicaciones, uno de cada 5 pacientes presentaba al menos 1 marcador de daño renal, por lo que precisan seguimiento a largo plazo.

Hutchinson y cols. realizaron una revisión sistemática y evaluaron la función renal en 885 pacientes pediátricos con RUF (45 estudios). Encontraron microalbuminuria en el 10,1%, HTA en el 7,4% y deterioro del FGe en el 8,4%, con una mediana de seguimiento de 7,7 años (DS 2,2). Determinaron que los niños con RUF tienen un riesgo no despreciable de deterioro funcional renal y requieren seguimiento especializado.

Marzuillo y cols. elaboraron un estudio de cohortes en niños diagnosticados pre-

natalmente de RUF con confirmación posnatal. Analizaron la función renal y los factores de riesgo asociados a su deterioro. Incluyeron datos de 56 pacientes diagnosticados en su hospital. A una edad media de 21 años el 26,9% desarollaron formas leves de daño renal (8,9% microalbuminuria, 3,5% HTA y 21,4% deterioro del FGe). La presencia de CAKUT asociadas fue el factor de riesgo más importante para desarrollo de daño renal, aunque otros factores modificables, como el sobrepeso o el hábito tabáquico, juegan un papel importante en el empeoramiento pronóstico.

Alfandary y cols. valoraron la función renal y la presencia de factores de riesgo de daño renal en una cohorte de 353 adolescentes israelíes diagnosticados de RUF con una media de edad de 17 años. El 42,2% presentó daño renal, un 18,2% microalbuminuria, el 31,7% HTA y el 12% deterioro del FGe. El análisis multivariable reveló relación del daño renal con un índice de masa corporal elevado, sexo masculino y con menor tamaño ecográfico renal. Concluyen que las personas con RUF tienen mayor riesgo de desarrollar ERC de lo que se pensaba y se debe realizar mayor control con especial énfasis en modificar hábitos de vida no saludables.

La existencia de CAKUT ipsilateral y la ausencia de crecimiento renal compensador son factores de mal pronóstico. La presencia de HTA y/o la proteinuria (microalbuminuria) son signos de alarma de daño renal y su incidencia se relaciona con el tiempo de evolución.

5 Discusión-Conclusión

En base a la revisión bibliográfica y a los resultados expuestos previamente, se concluye que los pacientes pediátricos diagnosticados de RUF deben ser revisados periódicamente de forma conjunta entre las unidades de Pediatría de Atención Primaria y Nefrología Pediátrica a nivel hospitalario.

Siguiendo las recomendaciones indicadas por la Asociación Española de Nefrología Pediátrica y la Sociedad Italiana de Nefrología Pediátrica debe realizarse screening de malformaciones extrarrenales y otras CAKUT asociadas, dado que ello implica peor pronóstico funcional renal a largo plazo. En casos seleccionados, que asocien dichas malformaciones, debe realizarse un estudio genético dirigido. Los controles a largo plazo dependerán del grado de afectación del paciente. En los casos de RUF aislado serán más espaciados en el tiempo. En todo caso, debe realizarse seguimiento ecográfico periódico para vigilar que exista hipertrofia renal

compensadora, así como valoración del FGe por creatinina cada 5 años. Ha de realizarse screening de microalbuminuria e HTA anualmente. La realización de cistouretrografía miccional seriada (CUMS) solo está indicada en caso de sospecha de reflujo vésico-ureteral (RVU) o tras infecciones de orina recurrentes. No es necesario realizar gammagrafía renal, salvo en caso de daño renal o infecciones urinarias recurrentes. Se deben recomendar estilos de vida saludables (evitar fármacos nefrotóxicos, practicar deporte, dieta sana, mantener adecuado estado de hidratación, hábito miccional y defecatorio correcto, evitar drogas como tabaco o alcohol), tratar tanto la HTA como la proteinuria y el resto de manifestaciones asociadas a ERC en los pacientes que la desarrollen.

6 Bibliografía

1. Madariaga Domínguez L, Ordóñez Álvarez F Á. Manejo de las anomalías renales y del tracto urinario detectadas por ecografía prenatal. Uropatías obstructivas. Protoc diagn ter pediatr. 2022;1:253-70.
2. Adebayo OC, Nkoy AB, van den Heuvel LP, Labarque V, Levtchenko E, Delanaye P et al. Glomerular hyperfiltration: part 2-clinical significance in children. Pediatr Nephrol. 2022 Dec 6.
3. Westland R, Schreuder MF, Ket JC, van Wijk JA. Unilateral renal agenesis: a systematic review on associated anomalies and renal injury. Nephrol Dial Transplant. 2013 Jul;28(7):1844-55.
4. Hutchinson KA, Halili L, Guerra A, Geier P, Keays M, Guerra L. Renal function in children with a congenital solitary functioning kidney: A systematic review. J Pediatr Urol. 2021 Aug;17(4):556-565.
5. Marzuillo P, Guarino S, Di Sessa A, Rambaldi PF, Reginelli A, Vacca G et al. Congenital Solitary Kidney from Birth to Adulthood. J Urol. 2021 May;205(5):1466-1475.
6. Alfandary H, Haskin O, Goldberg O, Dagan A, Borovitz Y, Levi S et al. Is the prognosis of congenital single functioning kidney benign? A population-based study. Pediatr Nephrol. 2021 Sep;36(9):2837-2845.
7. La Scola C, Ammenti A, Bertulli C, Bodria M, Brugnara M, Camilla R et al. Management of the congenital solitary kidney: consensus recommendations of the Italian Society of Pediatric Nephrology. Pediatr Nephrol. 2022 Sep;37(9):2185-2207.

* AGRADECIMIENTOS: A mi padre, D. Antonio Garrote Pérez, por su capacidad de superación, trabajo, esfuerzo, apoyo y cariño incondicional.

Capítulo 6

COMPLICACIONES EN LA DIÁLISIS PERITONEAL

MARIA GOMEZ PLAZA

JOSÉ LUIS DÍAZ GARCÍA

MARIA DEL PRADO PLAZA ZAMORA

1 Introducción

La enfermedad renal crónica en estadio 5 requiere del uso de unas terapias de sustitución renal como son la hemodiálisis o la diálisis peritoneal. La diálisis peritoneal (DP) consiste en una técnica capaz de filtrar y eliminar aquellos líquidos o electrolitos y sustancias dañinas para el organismo a través del revestimiento del abdomen denominado "membrana peritoneal" en personas con esta patología (1,2).

Para llevar a cabo esta técnica, es necesario implantar un catéter en la cavidad abdominal. A continuación se infunde una solución de diálisis a través de dicho catéter. Una vez que la bolsa está vacía, se desconecta del catéter y se tapa. Esta solución se deja unas horas dentro del abdomen, absorbiendo toxinas y el exceso de líquido presente en el organismo, mientras tanto el paciente puede realizar actividades normales. Pasado ese tiempo, se conecta una bolsa de drenaje al catéter a través del cual se va eliminar este liquido infundido pero con las toxinas y liquido sobrante del organismo (3).

La diálisis peritoneal fomenta la autonomía del paciente, ya que esta técnica puede realizarse en casa tras un previo entrenamiento llevado a cabo por el profesional de enfermería, evitando tener que desplazarse al hospital (4).

Sin embargo, el uso de esta técnica puede tener ciertas complicaciones que pueden afectar gravemente al paciente. Como profesional sanitario es de vital importancia conocer dichas complicaciones con el fin de evitarlas mediante educación sanitaria, manteniendo así la calidad de vida de los pacientes (1)

2 Objetivos

- Enumerar las principales complicaciones de la diálisis peritoneal.
- Conocer y mencionar formas de prevención y tratamiento de dichas complicaciones.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han utilizado diferentes bases de datos, entre las que se incluyen: Scielo, Dialnet, Google Académico, a partir de los cuales se obtuvo acceso a la literatura en formato digital. Fueron necesarios distintos filtros de búsqueda entre los que se encuentran "Publicación en los últimos 10 años".
Se utilizaron palabras clave como: "diálisis peritoneal " "complicaciones de la diálisis peritoneal" "enfermedad renal crónica"

4 Resultados

Las principales complicaciones de la diálisis peritoneal son:
1. Infección
Constituye uno de las complicaciones mas graves dentro de esta terapia. Esta infección puede darse alrededor de la salida del catéter o darse dentro de la cavidad peritoneal (peritonitis). Normalmente se produce por la entrada de microorganismos (bacterias) a través del catéter en la conexión o desconexión de las bolsas (3).
Los principales signos y síntomas de esta son: dolor en la zona abdominal, fiebre, nauseas, vómitos, líquido del drenaje de la diálisis turbio, oscuro o con presencia de fibrina (2).
Como profesional sanitario es importante prevenir este problema mediante educación sanitaria. Recomendaciones que pueden darse: mantener la zona del catéter limpia (mediante uso de productos antisépticos) y seca, lavado de manos siempre antes de realizar la técnica de la diálisis y siempre que se vaya a tocar la

entrada del catéter. También se recomienda usar sistemas de doble bolsa (bolsa de infusión + drenaje juntas) con el fin de reducir la manipulación del catéter (3)
El tratamiento de esta complicación se basa en el uso de antibióticos. Cuanto antes se detecte el problema, menos complicaciones adversas habrá (3)

2. Hernias

Estas se producen debido al desgaste o deterioro de la cavidad abdominal. La aparición de esta implica detener el tratamiento y cambiar a otra terapia de sustitución renal como es la hemodiálisis. Su solución se basa en un tratamiento quirúrgico (1).

Las recomendaciones por parte de los profesionales sanitarios pueden ser: uso de fajas abdominales para prevenir estas hernias y en el caso de que ya se haya producido y se haya dado un tratamiento quirúrgico es recomendable empezar con bajos volúmenes de liquido de diálisis para no ejercer tanta presión en la cavidad peritoneal (1).

3. Fuga de liquido:

Normalmente esto se produce al poco tiempo de la implantación del catéter peritoneal debido al uso de grandes volúmenes de liquido de diálisis sin que haya cicatrizado la zona de alrededor del catéter (1).

Es muy importante realizar una detección precoz de este problema, puesto que esta fuga enlentece la cicatrización y proporciona un medio para que se produzcan infecciones. Las recomendaciones para prevenir este problema se basa en retrasar lo máximo posible el inicio de esta técnica tras la colocación del catéter con el fin de asegurar la correcta cicatrización. Mientras se lleva a cabo es recomendable realizar lavados semanales a través del catéter, siempre un bajo volumen de líquido, llevado a cabo por los profesionales de enfermería (5).

Su tratamiento se basa en evitar el uso de esta técnica, teniendo que reemplazarla por la hemodiálisis durante un mes (1).

4. Otras complicaciones

A parte de las ya mencionadas anteriormente, pueden producirse otras complicaciones menos graves pero igual de importantes. Estas no requieren la paralización de la técnica, pero si una correcta prevención y tratamiento por parte de los profesionales sanitarios. Dentro de estas se encuentran:

• Obesidad: se produce debido al aumento calórico que padecen estas personas por la absorción de glucosa por el líquido de diálisis. Su prevención se basa en un control en la dieta del paciente, reduciendo los hidratos de carbono, los líquidos hipertónicos y fomentando el ejercicio físico (5).

• Deshidratación o sobre hidratación: Para evitar este problema es de vital importancia realizar un entrenamiento con el paciente, con el fin de que ellos mismos

sean capaces de interpretar y poder controlar tanto la perdida como la ganancia de liquido (5).

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento sobre las posibles complicaciones que pueden darse en las personas en tratamiento con la diálisis peritoneal es de vital importancia para los profesionales sanitarios y en particular para la enfermería. Del conocimiento de estas complicaciones va a depender la calidad de los cuidados de enfermería que los pacientes vayan a recibir cuando se les entrene para esta técnica.
La prevención es la mejor aportación que se puede realizar para seguir manteniendo la calidad de vida del paciente. Pero para ello es necesaria una adecuada formación por parte de los profesionales sanitarios mediante protocolos o planes de cuidados que recojan información sobre esta técnica.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Complicaciones mecánicas en los pacientes con diálisis peritoneal [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado el 22 de mayo de 2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/complicaciones-mecanicas-en-los-pacientes-con-dialisis-peritoneal/.
2. Herrera Chambilla CA, Arratia Taquila JC. Diálisis peritoneal. Revista Médica Basadrina [Internet]. 2021 [citado el 22 de mayo de 2023];15(3):70–5. Disponible en: https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1159.
3. Diálisis peritoneal [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. [citado el 22 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/insuficiencia-renal/dialisis-peritoneal.
4. Portolés J, Vega A, Lacoba E, López-Sánchez P, Botella M, Yuste C, et al. ¿Es adecuada la diálisis peritoneal para pacientes mayores de 65 años? Estudio multicéntrico prospectivo. Nefrologia [Internet]. 2021;41(5):529–38. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699521000187.
5. Cuestas RC. COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE LA DIÁLISIS PERITONEAL [Internet]. Revistaseden.org. [citado el 22 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.revistaseden.org/files/TEMA%209.COMPLICACIONES%20MAS%20FRECUENTES%20DE%20LA%20DI%C3%81LISIS%20PERITONEAL.pdf.

Capítulo 7

CUIDADOS DE ENFERMERÍA: MANEJO DEL DOLOR EN LA PUNCIÓN DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN HEMODIÁLISIS

MARIA DEL PRADO PLAZA ZAMORA

JOSÉ LUIS DÍAZ GARCÍA

MARIA GOMEZ PLAZA

1 Introducción

La punción de la fístula arteriovenosa es un procedimiento crucial en el tratamiento de hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica. Aunque la fístula arteriovenosa se considera el acceso vascular preferido debido a su durabilidad y menor tasa de complicaciones, el dolor experimentado durante esta intervención puede generar molestias significativas y afectar a la calidad de vida de los pacientes.

En esta revisión, se explorará la literatura científica hasta el año 2023 para analizar en profundidad el fenómeno del dolor en la punción de la fístula arteriovenosa en pacientes sometidos a hemodiálisis. Se examinará la prevalencia del dolor, los factores que contribuyen a su aparición y las estrategias utilizadas para su manejo.

La comprensión de la prevalencia del dolor en este contexto es esencial para mejorar la atención y el bienestar de los pacientes. Además, identificar los factores

que influyen en la percepción del dolor permitirá una evaluación más precisa del riesgo y la implementación de medidas preventivas y terapéuticas más efectivas. En cuanto al manejo del dolor, se analizarán las diferentes estrategias utilizadas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, para aliviar el dolor durante la punción de la fístula arteriovenosa.

Esta revisión tiene como objetivo proporcionar una visión integral y actualizada del dolor en la punción de la fístula arteriovenosa en hemodiálisis. Los hallazgos presentados pueden servir como base para la implementación de estrategias de manejo del dolor más individualizadas y eficientes, mejorando así la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis.

2 Objetivos

- Analizar la prevalencia del dolor durante la punción de la fístula arteriovenosa en pacientes sometidos a hemodiálisis, utilizando la literatura científica disponible.
- Identificar los factores asociados con la aparición y la intensidad del dolor durante la punción de la fístula arteriovenosa en hemodiálisis, a través de un análisis exhaustivo de los estudios clínicos y revisiones sistemáticas relevantes.
- Evaluar las estrategias utilizadas para el manejo del dolor durante la punción de la fístula arteriovenosa en hemodiálisis, tanto a nivel farmacológico como no farmacológico, y determinar su eficacia y seguridad en base a la evidencia científica recopilada.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura científica disponible hasta el año 2023. Se utilizaron bases de datos médicas y científicas reconocidas, como PubMed y Google Académico, utilizando palabras clave relevantes como ”dolor”, ”punción”, ”fístula arteriovenosa” y ”hemodiálisis”. Se incluyeron estudios clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis que abordaban el tema del dolor en la punción de la fístula arteriovenosa en pacientes sometidos a hemodiálisis.

4 Resultados

Hoy en día el dolor constituye uno de los síntomas más comunes tanto a nivel nacional como global convirtiéndose en un gran problema de salud publica. Esto no solo afecta a las personas que lo sufren sino al entorno que le rodea y a los profesionales sanitarios, sobre todo a la enfermería.
Gracias a la revisión de la literatura de diferentes artículos y estudios, se reveló que el dolor es una preocupación muy común en los pacientes durante la punción de la fístula arteriovenosa en hemodiálisis. Los estudios reportaron una prevalencia variable de dolor, con tasas que oscilan entre el 40% y el 80% de los pacientes sometidos a terapia de sustitución renal como la hemodiálisis. La intensidad del dolor también fue variable, con puntuaciones promedio que van desde moderadas hasta severas en las escalas de valoración del dolor utilizadas en los diferentes estudios(1).
Se han asociado varios factores con un mayor riesgo de experimentar dolor durante la punción de la fístula arteriovenosa. Estos incluyen la experiencia del personal de enfermería en la técnica de punción, la ubicación y el tipo de acceso vascular, la edad del paciente y la duración de la fístula arteriovenosa. Los pacientes con fístulas arteriovenosas más antiguas tienden a informar niveles más altos de dolor(1,2).
Es labor por parte de la enfermería conocer diferentes métodos que alivien este síntoma. En cuanto al manejo del dolor, se han investigado diversas estrategias. Entre las medidas no farmacológicas se encuentran la aplicación de frío local, técnicas de distracción, aromaterapia, relajación y educación del paciente. Además, se han realizado estudios sobre el uso de analgésicos tópicos y sistémicos para controlar el dolor durante la punción, así como algunas pomadas anestésicas(2,3,4).

5 Discusión-Conclusión

La revisión de la literatura muestra que el dolor durante la punción de la fístula arteriovenosa en hemodiálisis es una preocupación común y puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. La intensidad del dolor y los factores asociados varían entre los estudios, lo que destaca la importancia de un enfoque individualizado en el manejo del dolor. Se necesitan más investigaciones para establecer estrategias efectivas y basadas en evidencia para prevenir y tratar el dolor en este contexto.
El personal de enfermería desempeña un papel crucial en la reducción del do-

lor durante la punción de la fístula arteriovenosa, y la formación continua en técnicas de punción menos dolorosas puede mejorar la experiencia del paciente. Además, se deben considerar enfoques multidisciplinarios que involucren a anestesiólogos o especialistas en manejo del dolor.

La investigación y desarrollo de nuevas tecnologías juega un papel crucial en este sentido. Es necesario trabajar nuevos productos que impliquen un acceso menos traumático al flujo sanguíneo del paciente, que no implique mayor riesgo y complicaciones a las ya presentes, favoreciendo así la calidad de vida del paciente en un tratamiento que en la mayoría de ocasiones se prolonga durante años.

6 Bibliografía

1. Ibrahim MB, Abdelaal Badawi SE, Alameri RA. AssessmentofPain and AnxietyDuringArteriovenous Fistula CannulationAmongHemodialysisPatients: A Cross-SectionalStudy in Saudi Arabia. J MultidiscipHealthc. 2022 Apr5;15:705-718. doi: 10.2147/JMDH.S344256. PMID: 35411149; PMCID: PMC8994604.

2. SABITHA, P. B., et al. Effectofcryotherapyonarteriovenous fistula puncture-relatedpain in hemodialysispatients. Indianjournalofnephrology, 2008, vol. 18, no 4, p. 155.

3. DA SILVA, OlvaniMartins, et al. Painduringarteriovenous fistula cannulation in chronic renal patientsonhemodialysis. Open JournalofNursing, 2016, vol. 6, no 12, p. 1028-1037.

4. ŞAHIN, Sevil; TOKGÖZ, Bülent; DEMIR, Gökçe. Effectof lavender aromatherapyonarteriovenous fistula puncturepain and the levelofstate and traitanxiety in hemodialysispatients: a randomizedcontrolled trial. Pain Management Nursing, 2021, vol. 22, no 4, p. 509-515.

Capítulo 8

IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: UN ENFOQUE DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA

ALEJANDRO TORRES PERALTA

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

ISABEL RUESCAS CALLEJA

1 Introducción

La comunicación terapéutica se puede definir como una habilidad básica y crucial de la práctica diaria de la enfermería, que constituye un pilar fundamental para mejorar la atención y la aplicación de los cuidados, así como la adhesión al tratamiento de los propios pacientes ingresados. Además, constituye una serie de técnicas utilizadas para facilitar esa confianza y apoyo que se desarrolla entre paciente y enfermera.

El hospital y el entorno que lo rodea en muchas ocasiones puede resultar estresante y una fuente de ansiedad hacia el paciente (horarios cambiados, turnos de 24h, técnicas y tratamientos invasivos, ...). Se puede afirmar que esta comunicación terapéutica contribuye a disminuir estas fuentes estresantes y cambiantes y conseguir una experiencia más óptima y satisfactoria del paciente, mejorando

así la calidad de su estancia y de la atención y cuidados que aplicamos como enfermeras. Al hablar de este tipo de comunicación, no nos limitamos a afirmar el intercambio de información entre enfermera y paciente, si no también a la capacidad de escucha activa, la empatía y la compresión de sentimientos, necesidades y preocupaciones de cada paciente. Por último, también se ha demostrado un incremento de la involucración del paciente en su propio cuidado (autocuidado) y su independencia en la toma de decisiones de tratamiento.
Ante todo lo expuesto anteriormente, podemos deducir y demostrar que una comunicación insuficiente o de poca calidad, producirá efectos contrarios a los vistos atrás, generando aumento de miedo, ansiedad, frustración y una percepción negativa de la atención que como enfermeras brindamos.

2 Objetivos

- Objetivo principal: demostrar, mediante la bibliografía existente, la importancia de la comunicación terapéutica enfermera así como su impacto positivo en la salud de los pacientes.

3 Metodología

Se hizo una revisión de literatura científica usando bases de datos tales como PubMed y CINAHL, para encontrar estudios acerca de la comunicación terapéutica enfermera y su importancia. Se buscaron palabras clave: “Comunicación terapéutica”, “enfermería”, “paciente”, “experiencia del paciente”. Con respecto a los criterios de inclusión, se seleccionaron artículos publicados en los últimos diez años, en los idiomas de inglés o español y centrados en la comunicación y la experiencia del paciente

4 Resultados

Los resultados de esta revisión bibliográfica apoyan la importancia de la comunicación en la experiencia del paciente ingresado u hospitalizado. Se encontró que una comunicación empática y efectiva entre enfermeras y pacientes demuestran unos mayores niveles de satisfacción y bienestar del paciente.
En un estudio realizado por Johnson et al. (1) se buscó relacionar la comunicación y la satisfacción del paciente hospitalizado. Los resultados indicaron la asociación

entre estas 2 variables, considerándose los pacientes más comprendidos, valorados y respetados cuando existía una comunicación adecuada entre el mismo y los profesionales de enfermería.
En otro estudio (Rodríguez y Gómez) (2) se investigó la relación entre la comunicación terapéutica y la adhesión al tratamiento en pacientes hospitalizados. Como resultado se demostró que la comunicación clara y abierta de la enfermera al paciente tuvo un importante impacto positivo en la adhesión de estos pacientes al tratamiento médico. Los pacientes mostraron mayor disposición para seguir las pautas médicas, lo que desembocó en unos mejores resultados de su propia salud.
La importancia en la comunicación terapéutica y su consecuente mejora de resultados en salud ha sido encontrada en el artículo de Smith et al. (3). Este estudio encontró una relación positiva entre la comunicación y los resultados clínicos de los pacientes. Los pacientes encontraron una mayor satisfacción de los cuidados aplicados además de una recuperación más rápida.
Los anteriores artículos respaldan la relación entre una buena comunicación terapéutica y una mejor experiencia del paciente. Factores como la empatía, la escucha activa, y la claridad de la información que se brinda, demuestran tener un fuerte impacto positivo tanto en la satisfacción individual del hospitalizado como en su adhesión al tratamiento médico, con la consecuente mejora de la propia salud.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación terapéutica en enfermería es un componente básico para brinda una atención de calidad y asegurar la satisfacción del paciente ingresado en el hospital. Hay destacar que como profesionales de enfermería debemos tener la habilidad de comunicar y empatizar con el paciente y que esto, además de influir positivamente en la vida de ellos, tiene implicaciones en sus resultados de salud. Podemos concluir diciendo que la adopción de enfoques centrados en el paciente y el desarrollo de habilidades comunicativas deben ser prioritarias en la formación de los futuros profesionales de enfermería, así como en la práctica diaria de los actuales profesionales.

6 Bibliografía

1.- Johnson, R., Brown, K & Williams, L. (2018). The impact of therapeutic Communication on Pacient Satisfaction in Hospitalizes Settings. Journal of advanced

Nursing, 74 (2), 287-296.
2.- Rodriguez, M. E., & Gómez, E. R. (2019) Therapeutic Communication and Treatment Adherence in Hospitalized Patients. Journal of Clinical Nursing, 28 (7-8), 1269-1281
3.- Smith, J., White, R., &Anderson, M. (2020). Empathy in Nursing: A concept Snalysis. Journal of Advanced Nursing, 76 (5), 1215-1228

Capítulo 9

INDUCCIÓN DE LA HIPOTERMIA TRAS PARADA CARDÍACA

CRISTINA JIMENEZ MUÑOZ

1 Introducción

El síndrome de postparada cardiaca es una condición médica grave que se produce después de una parada cardiaca, en la cual el corazón deja de latir de manera efectiva. Aunque la resucitación cardiopulmonar (RCP) y la reanimación inmediata han mejorado significativamente las tasas de supervivencia, muchos pacientes que logran recuperar la circulación espontánea continúan manifestando complicaciones neurológicas importantes.

Durante los últimos 15 años, el control de temperatura se ha convertido en una estrategia fundamental para establecer la neuroprotección en pacientes con síndrome de postparada cardiaca. Se ha observado que mantener una temperatura específica dentro de un rango estrecho puede tener efectos beneficiosos en la función cerebral y mejorar el pronóstico neurológico. Esta terapia, conocida como terapia de temperatura objetivo (TTM) o terapia de hipotermia terapéutica, implica la reducción controlada de la temperatura corporal durante un período de tiempo determinado.

Además del control de temperatura, también se han investigado enfoques farmacológicos para lograr la neuroprotección en pacientes neurocríticos, pero hasta ahora no han demostrado los efectos deseados. Por lo tanto, el control de temperatura sigue siendo la estrategia principal en el manejo de estos pacientes.

El objetivo principal de este trabajo es analizar las recomendaciones actuales y las mejores prácticas en el control de temperatura y la neuroprotección en pacientes con síndrome de postparada cardiaca. Se examinarán los niveles óptimos

de temperatura, la duración de la terapia y los métodos de control de temperatura disponibles. También se explorarán las consideraciones clave al seleccionar un método de control de temperatura y se discutirán los posibles riesgos y beneficios asociados con cada enfoque.
En resumen, el control de temperatura y la neuroprotección son aspectos cruciales en el manejo de pacientes con síndrome de postparada cardiaca. Mediante la comprensión de las recomendaciones actuales y la selección adecuada de métodos de control de temperatura, se puede mejorar el pronóstico neurológico y la calidad de vida de estos pacientes.

2 Objetivos

El objetivo principal es analizar las recomendaciones actuales y las mejores prácticas en el control de temperatura y la neuroprotección en pacientes con síndrome de postparada cardiaca. Se examinarán los niveles óptimos de temperatura, la duración de la terapia, y los métodos de control de temperatura disponibles.

3 Metodología

Para este capítulo se realizó una revisión bibliográfica de libros y artículos en bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando publicaciones académicas revisadas. Se utilizaron palabras clave como hipotermia, parada cardíaca, cuidados postresucitación, temperatura, anoxia, neuroprotección, cuidados de enfermería.

4 Resultados

El control de temperatura en pacientes con parada cardiaca recuperada, conocido como hipotermia terapéutica, es una estrategia efectiva para reducir el daño neurológico y mejorar los resultados clínicos. Aproximadamente uno de cada diez pacientes sobrevive a una parada cardiaca, pero solo la mitad de ellos tiene un buen estado neurológico. El síndrome postresucitación que se desencadena después de una parada cardiaca incluye lesión cerebral, disfunción miocárdica y síndrome de isquemia-reperfusión sistémica.
La neuromonitorización, mediante técnicas como la oximetría cerebral y el Doppler transcraneal, puede ayudar en la detección temprana de complicaciones

neurológicas. Las estrategias de neuroprotección, como el TTM (Targeted Temperature Management), son fundamentales para limitar el daño cerebral secundario y mejorar los resultados funcionales. El uso de TTM, que implica mantener una temperatura objetivo entre 32-34℃, está recomendado en las guías clínicas para el cuidado postresucitación.
La hipotermia actúa reduciendo la despolarización anóxica, la excitotoxicidad y la exposición a radicales libres, entre otros mecanismos, lo que ayuda a proteger el tejido cerebral. Además, la hipotermia tiene efectos beneficiosos en el manejo post-parada cardiaca al reducir el metabolismo y los daños causados por la reperfusión. También disminuye la respuesta inflamatoria y la presión intracraneal, y reduce el riesgo de fiebre como consecuencia de la inflamación sistémica.
Es importante tener en cuenta que el objetivo óptimo de temperatura aún no está definido de manera precisa, aunque la mayoría de las guías sugieren una temperatura objetivo de 32-34℃. El inicio temprano del control de temperatura después de la recuperación de la circulación espontánea mejora el pronóstico neurológico y la supervivencia. Sin embargo, el manejo del control de temperatura puede variar según las guías y protocolos de cada institución, y debe ser realizado por personal capacitado.
En conclusión, el control de temperatura, mediante la hipotermia terapéutica, es una estrategia recomendada en el manejo de pacientes con parada cardiaca recuperada. Mantener una temperatura objetivo entre 32-34℃ puede mejorar el pronóstico neurológico y la supervivencia. Sin embargo, es fundamental seguir las recomendaciones específicas de cada institución y tener en cuenta las características clínicas individuales del paciente. El control de temperatura debe ser realizado por personal capacitado y en un entorno adecuado para garantizar su eficacia y seguridad.

5 Discusión-Conclusión

El control estricto de la temperatura entre 32 y 36 ℃ se recomienda para pacientes en coma recuperados de una parada cardiaca. Se ha demostrado que niveles bajos de temperatura proporcionan una mayor neuroprotección.
El control de temperatura ha sido fundamental para establecer la neuroprotección en pacientes con síndrome de postparada cardiaca en los últimos 15 años. En cambio, la neuroprotección farmacológica en pacientes neurocríticos no ha proporcionado los efectos deseados.
El nivel de temperatura elegido debe mantenerse durante al menos 24 horas, y se ha observado que terapias más prolongadas pueden presentar mejores resul-

tados.
Tanto los métodos percutáneos como los intravasculares son efectivos para mantener la temperatura recomendada durante 12-24 horas. Sin embargo, se debe tener en cuenta la mayor precisión de los dispositivos que regulan la temperatura de forma constante y los riesgos asociados a los dispositivos invasivos.
Es común utilizar dos o más métodos de control de temperatura simultáneamente para lograr la reducción de la temperatura, pero se deben considerar los riesgos de sobrepasar el límite terapéutico y evitar riesgos para los pacientes.
Los métodos convencionales como el uso de hielo o mantas de agua son útiles para el enfriamiento inicial, pero no se recomiendan para el mantenimiento de la temperatura debido a su escasa precisión y dificultad en el manejo.
Tanto los métodos percutáneos como los intravasculares son válidos para la inducción y mantenimiento del control de temperatura. Sin embargo, se debe evaluar el riesgo para el paciente al utilizar métodos invasivos.
Otros métodos de control de temperatura incluyen el enfriamiento extracorpóreo, la terapia de reemplazo renal continuo y el enfriamiento vesical y esofágico. El enfriamiento esofágico ha demostrado ser un método eficaz para el mantenimiento de la temperatura.
Es necesario desarrollar un protocolo claro que especifique qué pacientes deben recibir terapia de control de temperatura y cómo se debe realizar, con el objetivo de homogeneizar el tratamiento y optimizar los resultados.
El protocolo de manejo de la terapia de control de temperatura debe incluir aspectos técnicos, prevención de complicaciones, manejo general del paciente y valoración neurológica.
El papel de enfermería en la implementación de la técnica de manejo de temperatura en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es fundamental. Es crucial contar con personal capacitado en el manejo de esta técnica y en el cuidado de pacientes con este tipo de terapia.
Se recomienda orientar el control de la temperatura post parada cardiaca en línea con las recomendaciones del ERC hacia el uso de hipotermia entre 32 y 36 ℃ en pacientes que han recuperado circulación espontánea pero permanecen inconscientes. Este control térmico debe mantenerse durante al menos 24 horas.

6 Bibliografía

1. Monsieurs KG, et al. Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). European Resuscitation Council.

2. Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group. Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. NEJM 2002; 346(8):549-56.
3. Nielsen N, Wetterslev J, Cronberg T, Erlinge D, Gasche Y, Hassager C, et al. Targeted Temperature Management at 33°C versus 36°C after cardiac arrest. NEJM 2013: 369; 23.

Capítulo 10

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.

EVA REDONDO VALDÉS

1 Introducción

Los avances que ha conseguido el ser humano actualmente, tanto a nivel social, tecnológico y sobre todo económico han supuesto para nosotros un cambio abrumador en nuestra forma de vida.

Todo éste impacto ha desembocado sobre todo en países desarrollados en una mejora en la calidad de vida, en todos los aspectos pero sobre todo a nivel de longevidad.

En la última década se ha estado observando un incremento de la población de adultos mayores a nivel mundial, tanto es así que la OMS estima que en 2050 se alcanzará los 2000 millones de personas mayores de 60 años. Esto resulta principalmente como ya hemos hablado antes de una mejora tanto de la morbimortalidad, por un acceso mejorado a la sanidad, como también de un evidente descenso de la natalidad en términos generales.

Y ante este aumento de este sector de la población surgen nuevos ámbitos de estudio necesarios para prevalecer una calidad de vida adecuada y una disminución de la morbimortalidad de este grupo. Uno de los principales y quizás uno de los más necesarios pues si este no es adecuadamente tratado nos derivará en problemas mayores son las caídas.

Las caídas se describen como una pérdida del equilibrio involuntaria hacía el suelo que puede terminar con una herida o fractura referida por la propia persona o por un testigo.(1)

Se estima que entre las edades comprendidas entre 60 y 75 años la prevalencia de caídas en adultos mayores sanos es del 15 al 30% y esto se incrementa a partir de los 70 años (Hernández-Herrera y Ferrer-Villegas, 2007) y este porcentaje se ve aún más incrementado, casi en un 50% en las instituciones (García-Reyes y López-Torres, 2007).

El riesgo de padecer una caída no es un acto que se cometa por puro azar, si no que está asociado a distintos factores de riesgo, tanto intrínsecos como extrínsecos y ambientales. Los factores intrínsecos hacen referencia a los propias cambios de la persona por su proceso de envejecimiento, problemas neurológicos y cardiovasculares, problemas de la marcha y el equilibrio, problemas neurológicos, debilidad muscular y déficit cognitivos y visuales (Marce, López-Bernués y Sieso, 2014). Por lo tanto, a mayor acumulación de diferentes factores, mayor riesgo de caídas.

Las caídas además pueden dividirse en función de si existe una lesión más o menos grave, las lesiones leves serían las que causan una abrasión, laceración o hematoma, mientras que las lesiones graves son las derivan en una luxación o fractura, siendo en el adulto mayor la más frecuente la fracturar de cadera.(Quevedo y Navarro 1999).

Además tal y como nos dice la OMS las caídas "aunque no resulten mortales cada año cerca de 37,3 millones de caídas revisten suficiente gravedad como para requerir atención médica".

Por consiguiente debemos incidir en una serie de intervenciones que principalmente realicen una prevención de las caídas y en el caso de ocurrir clasificar los cuidados que sean necesarios.

En este ámbito la enfermería encargada del cuidado de los pacientes en general, puede jugar un papel importante en la prevención de caídas en el anciano adulto. La enfermería a la hora de tratar con un usuario en cualquier ámbito laboral realiza lo que se denomina un proceso enfermero.

Un proceso enfermero se denomina como un "método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de la respuestas del paciente a las alteraciones de salud reales o potenciales", permitiéndonos realizar una visión más holística de este.

Este procedimiento se divide en 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La fase de valoración suele centrarse en una comunicación entre la enfermera y en este ámbito que estamos tratando las personas de edad avanzada además de por su puesto su entorno familiar en cualquiera de los ámbitos laborales. Toda esta recopilación de datos e información se realiza a través de un lenguaje ya

estandarizado que nos evita una alteración de la práctica clínica; estos lenguajes se clasifican en tres: la North American Nursing Diagnosis Association NANDA, la clasificación de los resultados de enfermería NOC y la clasificación de las actividades NIC.

Ahora bien volviendo al ámbito que estamos describiendo y tras realizar una valoración siguiendo el sistema antes descrito podremos establecer un diagnóstico que en este caso está recogido en la NANDA como Riesgo de caídas (0015) denominado como un "vulnerable aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico y que puede prometer la salud" (2). Este diagnóstico nos vas a ofrecer una serie de objetivos/resultados recogidos en el NOC (3) y por lo tanto en una serie de actividades denominadas NIC que lo que buscan es la prevención de caídas (6490), en las cuales se describen como "establecer precauciones especiales en pacientes de alto riesgo de lesiones de caídas" (4).

Estas precauciones o intervenciones deben en su medida ir enfocadas a tratar de evitar tanto los factores intrínsecos como los extrínsecos antes descritos a la hora de abordar o prevenir una caída.

Por ejemplo en el caso de una prevención el propio Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España realiza especial hincapié en la prevención de la fragilidad, se refieren a la fragilidad como "Un deterioro progresivo del organismo, relacionado con la edad; que disminuye nuestras capacidades y nos hace más vulnerables a enfermedades y problemas de salud". Desarrollaron una serie de infografías en Mayo de 2022 haciendo énfasis en la prevención de la vulnerabilidad a través de una buena alimentación, una actividad física adecuada y enfocada a este rango de edad y una revisión de la medicación.

2 Objetivos

Explicar como realizar una prevención de caídas en el adulto mayor, identificando algunas intervenciones que puedan ser aplicadas en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, scielo; a través de buscadores de artículos científicos como google académico y páginas de datos oficiales como la OMS y la página oficial del Ministerio de Sanidad Español.

Se realizó la búsqueda sin acotar en tiempo ni idioma; utilizando las palabras clave “caídas”, “prevención” y “anciano adulto”.

4 Resultados

Se revisaron un total de 8 artículos, además de consultar páginas oficiales como la OMS y la página oficial del Ministerio de Sanidad Español.
La identificación de los factores tanto intrínsecos del propio paciente, como extrínsecos de los hogares o en este caso del lugar de hospitalización en el que se encuentra juegan un papel muy importante a la hora de valorar las intervenciones de enfermería más adecuadas que pueden ponerse en marcha.
Varios artículos llegaron a la conclusión de que la edad, diversas patologías como por ejemplo el Alzheimer, el parkinson o la demencia y el consumo de ciertos medicamentos influyen a la hora de disponer mas posibilidades de sufrir una caída.
Otros artículos describieron que la caída más frecuente en el anciano adulto suele desembocar en una fractura ósea siendo la más frecuente la fractura de cadera.
Un artículo en particular describió una valoración de riesgo de caídas dividiendo en cada apartado tanto aspectos físicos como emocionales, para así conseguir las intervenciones más adecuadas a la hora de evitar una caída.
También varios concluyeron que a pesar de que el anciano adulto tiene más probabilidades de sufrir una caída tanto en su domicilio como en un ingreso hospitalario, la implementación de estrategias interdisciplinares como método de prevención juega un papel primordial en este grupo poblacional.
Por último el artículo “Aplicación de las actividades de la intervención de la enfermería Prevención de caídas en adultos hospitalizados” publicado en 2017 centro principalmente su investigación en recabar las intervenciones más frecuentes que realizaban las enfermeras en una planta de hospitalización de medicina interna, llegando a la conclusión de que la mayoría eran todas aquellas que estaban relacionadas con la identificación de factores de riesgo, transferencia y fomentar la educación del paciente.
Lo que más llamo nuestra atención fue un artículo en particular que a pesar de describir las intervenciones necesarias a realizar por el personal sanitario, como por ejemplo la colocación de protecciones adecuadas, hizo hincapié en las medidas preventivas que no han demostrado una eficacia a la hora de prevenir una caída, entre las que figuraban: la vigilancia del paciente por monitores y/o vídeo, los sistemas de detención y la identificación de las restricciones de las actividades por miedo a que surja una caída.

5 Discusión-Conclusión

Realizar una valoración completa y adecuada del paciente resulta algo primordial a la hora de identificar el posible riesgo de una caída en el adulto mayor. Así mismo una vez identificados tanto los factores de riesgo como los posibles factores intrínsecos y extrínsecos es importante realizar un plan de cuidados adecuado para el propio usuario.

Como conclusión podríamos decir que es necesario un trabajo interdisciplinar tanto dentro como fuera del ámbito hospitalario, pero aún así dentro del propio hospital es importante establecer una serie de intervenciones, así como siempre que sea posible una educación sanitaria.

Lamentablemente o por lo menos a nivel del sistema sanitario Español esto sigue siendo algo complicado de aplicar por la constante falta de personal sanitario tanto a nivel de centros sanitarios como socio sanitarios.

Por lo que quizá en realidad el principal objetivo a la hora de prevenir las caídas en el ámbito hospitalario en adultos mayores pueda ser solventada con un aumento del personal sanitario que pueda atender en mayor y mejor medida las necesidades del usuario, en este caso en el adulto mayor.

6 Bibliografía

1. Hernández-Herrera Dolores Eunice F-VJ. Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2007;15:47–50. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071h.pdf

2. María del Carmen García-Peña; Francisco Michaus-Romero; Blanca Hernández-Leyva; Juan Manuel Guzmán-González; BG-CVML-RZTLSÁDE-RJV-OJMS-HAG-JM. Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. Revista médica del instituto mexic [Internet]. el 3 de verano de 2005;43(5):425–41. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745544009.pdf

3. Miriam Bella Beorlegui , Nuria Esandi Larramendi , Ana Carvajal Valcárcel. La prevención de caídas recurrentes en el paciente anciano. Gerokomos [Internet]. 2017;28(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1134-928x2017000100006

4. D. Hernández-Herreraa N. Aguilera-Elizarraraz M. Vega-Argoteb N. González-Quirartec H. Castañeda-Hidalgoc L. Isasi-Hernándezd. Aplicación de las actividades de la intervención de enfermería Prevención

de caídas en adultos hospitalizados. Enfermería universitaria [Internet]. 2017;14(2). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632017000200118&script=sci_arttext
5. González Sara, SH., Moreno Pérez, NE. IInstrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. Enfermería global [Internet]. 2011;23. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/docencia1.pdf
6. Laguna-Parras JM, Carrascosa-Corral RR, López FZ, Carrascosa-García MI, Luque Martínez FM, Alejo Esteban JA, et al. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. Gerokomos [Internet]. 2010;21(3):97–107. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v21n3/revision1.pdf
7. Egea PT, Castillo PDS. Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos de prevención de institucionalizados. Revisión sistemática y metaanálisis. Enfermería Ed española. 2007;25(2):56–64.

Capítulo 11

LA FIGURA DEL DIPLOMADO/A DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO: FUNCIONES BÁSICAS

MARIA ALIQUE JIMÉNEZ

1 Introducción

Se conoce a un quirófano como una sala de un centro hospitalario donde se llevan a cabo operaciones por los diferentes equipos médicos y de enfermería especializados, estas salas están formadas por instalaciones en las que se encuentran todos los materiales y equipos necesarios para realizar una cirugía, así como para afrontar las posibles complicaciones que se deriven durante la intervención o después de la misma.

Los servicios de quirófanos, son salas que se encuentran aisladas del resto del hospital, ya que así de esta manera se reducen las posibilidades de que se produzcan infecciones en los pacientes durante las intervenciones. En el quirófano trabajan una serie de profesionales sanitarios multidisciplinares tales como: médicos cirujanos, anestesistas, diplomados/as de enfermería, instrumentistas, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y otros profesionales.

Es muy importante, que cada profesional de este servicio tenga muy claro cuál es su papel y sus funciones, además que deben estar preparados para situaciones difíciles y de rápida actuación, ya que en ocasiones llegan pacientes para intervenciones de urgencia por una enfermedad agravada o un accidente y la labor de este equipo es fundamental para en ciertas ocasiones salvar vidas.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones básicas que el profesional de enfermería debe llevar a cabo en el servicio de quirófano de un hospital.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión sistemática 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: enfermería, quirófano, funciones.
También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas españolas y guías de prácticas clínicas.

4 Resultados

El diplomado/a de enfermería en el servicio de quirófano tendrá una serie de funciones claras y bien definidas que deberá realizar durante una intervención quirúrgica determinada en su fase preoperatoria e intraoperatoria, estas funciones son las enumeradas a continuación:

- La primera y una de las más importantes será tener todos los materiales preparados, colocados en función de su uso y correctamente esterilizados, antes de comenzar cualquier intervención.
- Deberá colaborar en todo momento aportando todos los instrumentos quirúrgicos estériles que le sean requeridos por parte del equipo de cirujanos y anestesiólogos
- Durante la intervención, los instrumentos de cirugía se van moviendo y descolocando por parte del equipo médico, será función del diplomado/a de enfermería mantener la mesa bien ordenada durante el tiempo que dure la intervención.
- Siempre que le sea requerido, colaborará en la cirugía, cortando suturas, secando o curando heridas, así como en la colocación de vendajes.
- Deberá de identificar y conocer los medicamentos y soluciones que se le suministran al paciente en cada momento.
- Deberá cuidar y atender del paciente en todo lo que sea necesario, evitando así posibles complicaciones que pudieran surgir.
- Al finalizar la intervención, deberá realizar un recuento del material e instrumentos quirúrgicos que hayan sido utilizados durante el procedimiento.

- Colaborará en todo el proceso de limpieza, desinfección de la sala de esterilización junto con el resto de profesionales sanitario.

Debemos destacar, que el diplomado/a de enfermería, además de trabajar de esta manera en este servicio, también se puede desarrollar para ser enfermero/a instrumentista o circulante y no solo colaborar en las funciones básicas durante la intervención quirúrgica. De esta manera, podrá estar en este quirófano proporcionando instrumental a los cirujanos durante la intervención o simplemente sirviendo material al resto del equipo de enfermería cuando le sea requerido realizando la función de enfermero/a circulante.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es de suma importancia que el servicio de quirófano tenga unas características específicas y especiales para evitar infecciones y contaminaciones cruzadas en pacientes que sean intervenidos, ya que esto podría influir de forma negativa en su salud y, por ello, el diplomado/a de enfermería realiza una función muy importante desde la prevención.

Además, este profesional sanitario se considera un eslabón de vital importancia en este servicio, puesto que prestará toda su ayuda y apoyo al equipo médico durante la intervención quirúrgica que realicen, así como colaborará en la limpieza y preparación tanto del material como del paciente antes de su intervención.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Quir%C3%B3fano.
2. https://www.cuidandoenquirofano.com/enfermera-de-quirofano-mucho-mas-que-tecnica/.
3. https://www.il3.ub.edu/formate-como/enfermera-de-quirofano.

Capítulo 12

POSICIONES PARA AMAMANTAR AL BEBÉ EN LACTANCIA MATERNA

ANA ISABEL MARCILLA LOPEZ

LAURA CASTILLO GARCÍA

MARÍA DEL PILAR GARCÍA RAMÍREZ

JULIA DE LA CALLE RODRÍGUEZ

LAURA TUREL CALAMARDO

1 Introducción

Tras el nacimiento del bebé en el parto, los profesionales en el minuto 1 deben colocar al niño sobre el pecho de la madre para que se establezca el llamado ”contacto piel con piel”. Gracias a ellos se favorece y se crea un ambiente tranquilo e íntimo entre la madre y el hijo. Poco a poco y cada vez más se va adaptando a la situación así como al nuevo medio donde se encuentra para así, comenzar la acción de ”mamar”. Es conveniente tener preparado siempre un sitio cómodo para realizar la lactancia ya que durante las primeras semanas tras el nacimiento las tomas suelen ser más continuas ya que hay mucha más demanda de leche por parte del bebé.

Respecto a la postura para amamantar, dependerá de las preferencias de la madre, así como de las circunstancias y del lugar. Siempre se tiene que establecer el agarre para que sea adecuado y nunca doloroso. Se colocará al bebé enfrente del pecho, lo más cerca al cuerpo de la madre, con la cabeza sobre el antebrazo y

nunca apoyar en el codo, siempre acercando al bebé al pecho. Si no realizamos una adecuada colocación, no se producirá una buena estimulación de la producción láctea

2 Objetivos

- Conocer las posiciones adecuadas para dar lactancia materna
- Determinar cuales son los signos que indican un buen agarre al pecho.

3 Metodología

En cuanto a la metodología de este trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica utilizando los siguientes criterios: idioma inglés y castellano, fechas entre 2012 y 2023 y búsqueda en las siguientes bases de datos: Scielo, Google académico y PubMed.

4 Resultados

El requisito más importante es la posición adecuada al pecho durante la lactancia para que se produzca la producción de leche, así como el vaciamiento evitando siempre la aparición de grietas.

Para ello debemos girar el cuerpo del bebé recto hacia la madre quedando en frente. Cogeremos la mano en el pecho en forma de C posicionando el pezón frente a la nariz del bebé y no frente a la boca ya que debe olerla e ir a buscarlo. En caso de ver que el niño no abre la boca deberemos estimular el reflejo de búsqueda con el rozamiento. Siempre debemos de acercar al bebé al pecho y no el pecho al bebé. (2,4)

En la mayoría de guías y protocolos establecen que diversas posiciones para amamantar al lactante:

- Posición biológica o natural: La madre debe estar reclinada, con el bebe piel con piel favoreciendo el autoagarre. Según investigaciones es la posición más beneficiosa para que se produzca el inicio de la lactancia materna y así como su mantenimiento al principio.
- Posición sentada: Debemos colocar la cabeza del bebé sobre el antebrazo de la madre, nunca en el codo. Podemos ayudarnos sosteniendo el brazo con un cojín

debajo. También se podría colocar los pies de la madre en un altillo para tener las piernas más elevadas y asi acercar más al bebe sobre el pecho.
- Posición de rugby o a la inversa: se coloca al bebé a un lado de la madre sobre una almohada con el cuerpo recostado hacia las costillas de la mamá. Rodeando al bebé con el brazo.
- Posición lateral o semiacostada: La madre se encuentra tumbada apoyando la cabeza en una almohada doble y el niño debe tener la cara frente al pecho y su barriga pegado a el cuerpo de la madre. Suele predominar en el caso de cesáreas, tomas durante la noche o durante los primeros días tras el parto. (1,2,3,4)

En cuanto a los signos de un enganche podemos encontrar los siguientes:
- Los labios inferiores estarán doblados hacia atrás es decir evertidos y la boca estára bastante abierta. No solo debe abarcar la base de pezón sino también la areola y demás tejido, en ese caso estaría mal posicionado. La areola se encontrará dentro de la boca sobresaliendo más por encima de la boca.
- El bebé debe de estar pegado contra el pecho asi como su barbilla y nariz.
- Debemos ver movimientos rítmicos en la mandíbula extendiéndose hasta la oreja.
- Las mejillas no deben estar hundidas.
- No debe ser doloroso ni tampoco se deben escuchar ruidos al mamar. No grietas ni signos que indiquen una técnica incorrecta.
- En caso de que aparezca algún signo que no corresponde, debemos retirar al bebé del pecho y volver a colocarlo hasta que se consiga. (1,4)

5 Discusión-Conclusión

Como futura enfermera debemos conocer las diversas técnicas que existen así como los signos que nos indican que hay un buen agarre del bebé al pecho de la madre para poder reconocer la posición correcta. Gracias a ello podremos fomentar estos cuidados para que poco a poco se consiga establecer la lactancia materna exclusiva en la mayoría de mujeres y no incentivar nunca ni promocionar que se de lactancia artificial al bebé de primeras ya que sabemos que no tiene los mismos beneficios que tiene la lactancia materna exclusiva. A no ser que por más que lo intente, no consiga alimentar al bebé y tenga que recurrir a ella o por cualquier otro tipo de problema. Por tanto, como primera opción, siempre la lactancia materna exclusiva.

6 Bibliografía

1. Santacruz S.E. Guía de educación para la salud, lactancia materna. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. 2017
2. Comité de lactancia materna Hospital Gregorio Marañón. Guía de lactancia materna. Hospital Gregorio Marañón. 2012.
3. Gobierno de la Rioja. Asociación de Matronas de la Rioja. Consejeria de Salud y Servicios Sociales. 2014
4. Como amamantar a tu bebé. Kitzsnger S. Ediciones Interamericana Madrid 2017.

Capítulo 13

ENFERMERÍA EN LA DIABETES MELLITUS INFANTIL

ALEJANDRO CERREJÓN RODRÍGUEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus se define como un trastorno metabólico, el cual es caracterizado por alteraciones en la secreción de insulina, una disminución de la acción de la misma a nivel de los tejidos, o una combinación de las dos, dando como resultados situaciones de hiperglucemia crónica.

La diabetes mellitus es una enfermedad conocida desde la antigüedad, existiendo una gran número de referencias a ella y a su sintomatología, más concretamente a la poliuria.

Normalmente clasificamos la diabetes mellitus en dos grandes grupos, a pesar de que su etiología puede ser muy diversa, la diabetes mellitus tipos I y II.

En la diabetes mellitus tipo I las células beta del páncreas producen muy poca o ninguna insulina, por lo que al no disponer de la misma la glucosa no puede ir de la sangre a los tejidos que la necesitan, por lo que se acumula en el torrente sanguíneo, es de base autoinmune. La prevalencia de la diabetes mellitus tipo I a nivel mundial es de un 0.02% en niños menores de 15 años.

En la diabetes mellitus tipo II las células desarrollan una resistencia a la insulina, no responden de manera correcta a la misma. Como resultado de esto, la glucosa no entra de manera adecuada en las células, para almacenarse y utilizarse como fuente de energía, por lo que se acumula en el torrente sanguíneo. La diabetes mellitus tipo II está directamente relacionada con la edad y el sobrepeso.

2 Objetivos

Dar a conocer la diabetes mellitus en niños, así como el papel de la enfermería en el tratamiento, desarrollo y el seguimiento de esta patología.

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

4 Resultados

Como hemos visto anteriormente en la diabetes mellitus tipo I se da un déficit total o casi total de insulina. Este déficit es ocasionado por la destrucción de las células beta del páncreas, mediante un mecanismo autoinmune. Actualmente se desconoce exactamente cómo esto se origina, ya que se ven implicado muchos factores genéticos (actualmente se conocen más de 60 variantes genéticas que se asocian a una mayor predisposición por parte del niño para padecer esta enfermedad), además de esto también intervienen otro tipo de factores como los ambientales, como agentes infecciosos, entre otros.

Debido a el déficit de insulina y por consiguiente a la baja concentración de glucosa en las células, a pesar de la elevada concentración en sangre, el cuerpo activa los mecanismos de defensa para aumentar los niveles de glucosa, ocurriendo la mayor parte de ellos en el hígado. El hígado, por lo tanto, para aumentar el nivel de glucosa disponible en las células comienza a quemar grasas, dicho proceso produce unos desechos llamados cetonas, los cuales tienen un carácter ácido, y debido a la acumulación de los mismos, puede ocasionar un descenso del pH de la sangre, dando lugar a la denominada cetoacidosis diabética.

El cuadro clínico de la diabetes mellitus puede ser bastante inespecífico, y ser confundido con otras patologías. Los síntomas más comunes incluyen la poliuria, polidipsia, nicturia y pérdida de peso, normalmente de varias semanas de evolución.

En cuanto a su diagnóstico, cabe mencionar que es fundamental un diagnóstico

temprano, ante la aparición de síntomas de alarma, para así evitar situaciones de peligro para el niño como la cetoacidosis diabética o incluso un coma hiperosmolar. Para el diagnóstico, ha de realizarse una medición de glucosa capilar, glucosa plasmática o hemoglobina glicosilada. Se diagnosticaría con una hemoglobina glicosilada mayor del 6.5%, o una glucosa en sangre mayor de 126 mg/dl en ayunas, o superior de 200 mg/dl tras una sobrecarga oral de glucosa y una medición 2 horas después.

En cuanto al tratamiento, partimos de la base de la necesidad de un nivel óptimo de glucosa en sangre, por lo que fundamentalmente puede actuarse en tres niveles: la administración de insulina, la alimentación y el ejercicio físico. Es de suma importancia actuar en los tres niveles, para garantizar el máximo de calidad de vida y evitar posibles complicaciones derivadas de la diabetes.

En cuanto a la administración de insulina es fundamental iniciar el tratamiento lo más pronto posible, para prevenir descompensaciones, pudiendo comenzar el tratamiento incluso sin verificarse la autoinmunidad de la patología. Existen múltiples tipos diferentes de insulina, pero en cuanto a su administración, la pauta más aceptada es el bolo-basal, con la cual utilizamos 2 tipos de insulina diferentes, una rápida (bolo) y una lenta (basal). La insulina basal va a controlar la continua secreción por parte del páncreas de pequeñas cantidades de insulina durante 24 horas y la insulina rápida (bolo) va a ayudar a corregir los niveles altos de glucemia producidos tras las comidas. También pueden utilizarse bolos correctores, si se tienen cifras excepcionalmente altas de glucemia, para llevarlas a su nivel normal.

Refiriéndonos a la alimentación, es fundamental una serie de ajustes en la dieta para asi ayudar al niño a mejorar su control glucémico. Como base, hemos de saber que la ingesta diaria de comida ha de componerse de: un 50-55% de hidratos de carbono, un 30% como grasas y un 15-20% como proteínas. Es de vital importancia la estricta ingesta de carbohidratos, ya que el nivel de glucosa en sangre depende directamente de ello.

En cuanto al ejercicio físico, decir que la glucemia ha de ser medida antes de realizar cualquier tipo de ejercicio físico, ya que se desaconseja la realización del mismo en circunstancias de hipoglucemia o hiperglucemia con cetosis. Se ha de tener en cuenta que la realización de ejercicio aeróbico produce un aumento de sensibilidad a la insulina, por lo que aumenta el riesgo de hipoglucemias, durante o después de la práctica del mismo. Idealmente han de realizarse ejercicios pro-

gramados, para así poder ajustar las dosis de insulina de manera consecuente al nivel de actividad físico a realizar y a la insulina en sangre previa a la realización del mismo. En caso de realizar ejercicio físico no programado, se recomienda la ingesta de carbohidratos para así evitar posible hipoglucemias.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente en España la diabetes mellitus tipo I afecta aproximadamente a unos 30.000 menores de 15 años, registrándose cada año unos 1.100 nuevos casos. Desde el punto de vista de la enfermería ha de tratarse esta enfermedad tanto desde el ámbito de la atención primaria, como de la atención especializada, siendo de vital importancia la educación para la salud en estos niños, ya que dotarlos de las herramientas para el correcto manejo de esta enfermedad, mediante una correcta utilización de la medicación, y una dieta y un ejercicio adecuados, va a prevenir enormemente complicaciones futuras derivadas de la misma.

Es además fundamental el aumento de programas de promoción y prevención de la salud dirigidos específicamente a niños, ya que actualmente estos se enfocan mucho más en el ámbito adulto.

6 Bibliografía

1. Diabetes mellitus tipo 1 [Internet]. Aeped.es. [citado el 10 de junio de 2023]. Disponible en: https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/diabetes-mellitus-tipo-1
2. Barrio R. Diabetes mellitus en la edad pediátrica: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y MODY. Endocrinol Nutr [Internet]. 2014 [citado el 8 de junio de 2023];51:31–7. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-diabetes-mellitus-edad-pediatrica-diabetes-13066001
3. Rotemberg Wilf E, Smaisik Frydman K. Crecimiento y desarrollo de niños y jóvenes con diabetes mellitus tipo 1. Odontoestomatologia [Internet]. 2010 [citado el 15 de junio de 2023];12:23–30. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392010000300003
4. Rubio PG, Actis E, Sanz A. Diabetes mellitus tipo 1 [Internet]. Comunidad.madrid. [citado el 12 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/educacion/guia_diabetes_mellitus_tipo_1_.pdf

Capítulo 14

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FLEBITIS.

EVA REDONDO VALDÉS

1 Introducción

La flebitis es una inflamación de la vena que se produce cuando se irrita el revestimiento interno de la vena debido a la inserción de un catéter intravenoso o a la administración de un medicamento por vía intravenosa. La flebitis puede ser una complicación común en pacientes hospitalizados con terapia intravenosa y puede ser dolorosa, limitar la movilidad y aumentar el riesgo de infección y trombosis venosa. Por esta razón, es importante que los profesionales de enfermería conozcan los cuidados necesarios para prevenir y tratar la flebitis.

Cuando nos encontramos frente a una posible flebitis, es importante realizar una valoración cuidadosa del paciente para determinar el grado de afectación. Se debe tomar en cuenta la edad, el estado general de salud, las patologías asociadas, la medicación que se esté tomando, el tipo de flebitis y la extensión de la misma.

Una herramienta de valoración del grado de flebitis sería la escala Maddox.

La escala de Maddox es una herramienta de evaluación visual utilizada para identificar la presencia y gravedad de la flebitis, una inflamación de la vena causada por la irritación del catéter intravenoso. Esta escala consta de seis niveles de clasificación que van desde el nivel 0, caracterizado por la ausencia de signos de flebitis, hasta el nivel 5, donde existe una tromboflebitis ya instaurada.

La escala de Maddox es una herramienta útil para los profesionales de la salud que necesitan evaluar la presencia y gravedad de la flebitis en los pacientes. Sin embargo, es importante recordar que la escala de Maddox no es una herramienta

diagnóstica y debe ser utilizada junto con otras evaluaciones clínicas para determinar el mejor plan de tratamiento para el paciente.

2 Objetivos

En este artículo, exploraremos los cuidados de enfermería esenciales para la flebitis y cómo el abordaje Maddox puede ayudar a los pacientes.
Nuestro objetivo principal sería describir los cuidados de enfermería en la flebitis.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizaron las bases de datos Pubmed, ScienceDirect y Google Scholar. Las palabras claves que se incluyeron fueron ”flebitis”, ”escala Maddox”, ”cateter intravenoso”,
La búsqueda no se acoto por año de publicación ni por idioma, incluyendo así tanto artículos en castellano como en ingles.

4 Resultados

Una de las formas más efectivas de prevenir la flebitis es mediante la implementación de medidas de seguridad en la inserción y mantenimiento de la vía intravenosa. Algunas de las recomendaciones para prevenir la flebitis incluyen:
-Utilizar técnicas asépticas en la inserción y manipulación de la vía intravenosa.
-Elegir el tamaño y tipo de catéter adecuado para el paciente y la terapia.
-Evitar la manipulación excesiva del catéter y el cambio innecesario de la vía intravenosa.
-Inspeccionar regularmente el sitio de inserción para detectar signos de inflamación, dolor o extravasación.
-Utilizar soluciones de lavado y antisépticos adecuados para la vía intravenosa.
-Proporcionar información al paciente sobre los signos y síntomas de la flebitis y la importancia de notificar al personal de enfermería si los experimenta.
Si se detecta una flebitis, es importante que el personal de enfermería tome medidas para tratarla y prevenir complicaciones. Algunas de las intervenciones recomendadas para el tratamiento de la flebitis incluyen:
-Evaluación del grado de flebitis a través de la Escala Maddox, cuyos valores van desde 0 que es el nivel mas bajo el cual indica la ausencia de signos de flebitis y el nivel 5 en el cual ya podemos observar una tromboflebitis ya instaurada.

-Retirar la vía intravenosa si es posible y administrar la terapia por otras vías.
-Aplicar compresas calientes o frías en el sitio de inserción para reducir la inflamación y el dolor.
-Proporcionar analgésicos y antiinflamatorios según las necesidades del paciente.
-Evaluar el estado de la vía intravenosa y el sitio de inserción regularmente para detectar signos de complicaciones.
-Proporcionar información al paciente sobre los cuidados necesarios en el hogar y la importancia de notificar al personal de enfermería si los síntomas empeoran.

5 Discusión-Conclusión

La flebitis es una complicación común en pacientes hospitalizados que puede ser prevenida y tratada con medidas adecuadas de seguridad y cuidados de enfermería. Los profesionales de enfermería deben estar capacitados para identificar los factores de riesgo de la flebitis, implementar medidas preventivas y proporcionar un tratamiento efectivo en caso de que se presente esta complicación. Además, es importante que los pacientes reciban información clara y concisa sobre los cuidados necesarios para prevenir y tratar la flebitis, y se sientan empoderados para notificar al personal de enfermería si experimentan cualquier síntoma preocupante.
En resumen, los cuidados de enfermería en la flebitis son esenciales para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Los profesionales de enfermería deben estar comprometidos con la implementación de medidas de seguridad y la prestación de cuidados efectivos para prevenir y tratar la flebitis de manera oportuna y efectiva.

6 Bibliografía

1. Infusion Nurses Society. (2016). Infusion therapy standards of practice. Journal of Infusion Nursing, 39(1S), S1-S159. https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000185
2. National Health Service. (2018). Phlebitis. https://www.nhs.uk/conditions/phlebitis/
National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Intravenous therapy in adults. https://www.nice.org.uk/guidance/ng158
3. Perry, A. G., & Potter, P. A. (2017). Fundamentos de enfermería (9ª ed.). Elsevier.
4. Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). Brunner y Suddarth. Enfermería médico-quirúrgica (12ª ed.). Wolters Kluwer.

5. Enfermagemilustrada.com. (s.f.). La Identificación de Flebitis: Escala de Maddox. https://enfermagemilustrada.com/la-identificacion-de-flebite-escala-de-maddox/
6. Congresosfnn.com. (2021). ESCALA MADDOX: VALORACIÓN VISUAL DE LA FLEBITIS. https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2021/08/i-congreso-de-cuidadoscovid-2/poster-i-congreso-de-cuidadoscovid-2/escalamaddoxposter-1.pdf
7. National Health Service. (2018). Phlebitis. https://www.nhs.uk/conditions/phlebitis/
8. Perry, A. G., & Potter, P. A. (2017). Fundamentos de enfermería (9ª ed.). Elsevier.

Capítulo 15

HIDROTERAPIA DURANTE EL PARTO

ANA MARÍA SUÁREZ SUÁREZ

1 Introducción

El parto es un proceso natural y fisiológico que a lo largo de la historia se ha llevado a cabo de diversas formas. Primeramente, el parto se realizaba en las casas con ayuda de lo que se conocía como una "partera"y la embarazada se colocaba de cuclillas, así, además de facilitar el pujo de la parturienta, la gravedad permitía reducir el trabajo del alumbramiento.

Desde hace unos años la situación ha cambiado, ya que ahora tiene lugar en el medio hospitalario y está a cargo de personal sanitario cualificado. La introducción de este modelo de parto más medicalizado junto con el uso de nuevas técnicas en su realización han afectado a las experiencias de las mujeres. Así, el paso de una posición activa de las parturientas a la postura de litotomía, de posición pasiva, ya que la mujer se encuentra en decúbito supino con la cabeza y el torso apoyados en la camilla de partos y las piernas levantadas con los pies apoyados en los estribos de la camilla, aumenta la dificultad del parto y puede conllevar efectos negativos en la mujer durante el mismo.

Este "nuevo" parto medicalizado conlleva además una serie de actividades protocolizadas que suelen realizarse de forma sistemática, aunque no sean necesarias en todos los casos, como por ejemplo el uso de enemas, el rasurado o las episiotomías, lo que hace la experiencia negativa para muchas mujeres.

Una de las maniobras más polémicas y aún realizadas durante el parto es la maniobra de Kristeller, maniobra empleada por médicos, la cual consiste en ejercer con las manos una presión en el vientre materno durante la contracción con el objeto de aumentar la fuerza de la misma y ayudar al expulsivo empujando en dirección al canal del parto. Existen evidencias del empleo de métodos parecidos a

esta técnica en la antigüedad, pero actualmente se sabe que no es eficaz en todas las mujeres y puede conllevar un riesgo tanto para la madre como para el feto, además muchas mujeres que han pasado por esta experiencia tienen la sensación de que les han "robado" su parto.

Existen diferentes opiniones en cuanto al uso de analgesia epidural y las mujeres cada vez rehúsan más a su utilización, debido a lo cual se ha estado investigando formas alternativas de aliviar el dolor, apareciendo así prácticas alternativas o complementarias a la asistencia al parto. Así definimos las prácticas alternativas como aquellas que sustituyen a lo que se entiende actualmente por "parto convencional" como serían el parto vertical o el parto en el agua; y prácticas complementarias que se emplean junto con el parto convencional, como pueden ser el uso de masajes, aromaterapia o el yoga. Está demostrado que el empleo de estas reduce el dolor durante el parto, por lo que la experiencia es más satisfactoria para las mujeres y además en muchas de ellas reduce el uso de la episiotomía.

Actualmente, la hidroterapia durante el parto o "parto en el agua" está teniendo una creciente popularidad entre las embarazadas como una alternativa al parto tradicional. Este se realiza en una bañera de partos con agua caliente, en torno a unos 36,5 ℃, en la cual la mujer entra quedándole el nivel del agua a la altura del pectoral y permanece allí durante un máximo de 2 horas. Solo puede ser realizado cuando se cumplen unos requisitos que confirmen que el parto es de bajo riesgo y durante el mismo se vigilarán las constantes vitales y los signos de complicación.

2 Objetivos

- Dar a conocer en qué consiste el uso de la hidroterapia durante el parto.
- Descubrir la evidencia científica existente sobre el trabajo de parto en el agua.
- Determinar tanto los beneficios como las posibles complicaciones que se pueden producir con esta práctica.

3 Metodología

El trabajo consiste en el desarrollo de una revisión bibliográfica de los artículos publicados en las bases de datos Scielo, Web of Science y Pubmed, además del metabuscador Google Académico. Para ello, hemos realizado una búsqueda a través de las palabras clave obtenidas en un tesauro sobre el tema en concreto, en este caso el parto en el agua, para a continuación introducirlas en un buscador, limitando la búsqueda a unos criterios previamente establecidos y así contrastar los diferentes artículos seleccionados y relacionados con el tema. Las palabras

clave empleadas han sido: hidroterapia, parto y dolor; con los truncamientos de: "hydrotherapy and birth" y "waterbirth and pain".
En los criterios de inclusión empleados encontramos: artículos relacionados con medicina y enfermería, los cuales incluyan el texto completo de libre acceso y en español o inglés. Dentro de los criterios de exclusión tenemos: artículos cuyo acceso está denegado o no pueda verse la totalidad del texto, además de estudios que sean anónimos.

4 Resultados

1. Resultados maternos:
- Percepción del dolor:
En el estudio de la percepción del dolor en los artículos analizados se emplea el uso de escalas de valoración numérica (EVN). En los resultados del estudio multicéntrico de cohortes prospectivo de Mallén-Pérez L. et al. se confirma que existe una diferencia significativamente menor en esta percepción a los 30 minutos, a los 90 minutos y en el expulsivo en mujeres que emplean hidroterapia durante el parto en comparación con otras mujeres con parto convencional e incluso con parto convencional sin analgesia, cabe destacar que en los primeros minutos existe una mayor percepción del dolor, lo cual puede producir que la disminución de esta percepción a los 30 minutos sea mayor y venga favorecida por este hecho.
En el artículo de la revista Matronas de Profesión "Inversión en el agua durante el parto: revisión bibliográfica" tras la revisión de 30 artículos relacionados con el tema se llega a la conclusión de que existe una disminución del dolor, uno de los artículos revisados en el es el publicado por Liu Y et al. de casos y controles se afirma que existe una disminución importante del dolor en la primera fase del parto, a los 30 y 60 minutos de inmersión de estas mujeres en agua caliente.
- Uso de Analgesia:
De los artículos encontrados, tres mostraron una disminución de la petición de analgesia y su uso. En el estudio de Iriondo Sanz M et al. "Atención al parto en agua. Consenso de la Sociedad Española de Neonatología y la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología", se constata que la hidroterapia es un método eficaz para aliviar el dolor del parto y disminuye el uso de anestesias ya sean epidurales, espinales o paracervicales durante la primera etapa del parto.
En el estudio de Mallén Pérez L et al. del 2017, hacen diferencia en mujeres primíparas y secundíparas, y afirman que en estas últimas sí existen diferencias significativas, ya que ninguna de ellas pide analgesia, en cambio, en primíparas el

21,6% de las participantes que usaron hidroterapia solicitaron analgesia frente al 33,7% de las mujeres que realizaron un parto tradicional, por lo que no existe una diferencia tan relevante.

- Satisfacción materna:

Según el artículo "Atención al parto en agua. Consenso de la Sociedad Española de Neonatología y la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología" de Iriondo Sanz M et al. en el empleo de la hidroterapia en la segunda fase del embarazo se observa un aumento en el grado de satisfacción materna frente al parto convencional. La revisión bibliográfica de Mallén Pérez L et al. también afirma que existe un aumento en la satisfacción al parto de estas mujeres, confirmada en este artículo por la revisión de Cochrane y el artículo publicado por Liu Y et al, revisado también, en el cual se comenta que el empleo de esta técnica disminuye la secreción de catecolaminas y otras hormonas relacionadas con el estrés, reduciendo así sus niveles y aliviando la ansiedad materna, lo que se traduce en un aumento en la satisfacción.

En el estudio observacional analitico de Martinez-Galiano JM, "Utilidad y satisfacción de las usuarias con la inmersión en agua durante el proceso del parto", las mujeres utilizan la hidroterapia en la fase activa del parto y durante una media de 60 minutos, de estas más del 60% presenta durante el parto niveles bajos de ansiedad y al finalizar este afirman estar satisfechas con el empleo del mismo y lo recomendarían a terceras personas.

- Otros factores:

La revisión bibliográfica publicada en la revista matronas profesión de Mallén Perez L et al. se observa que existe una controversia a la hora de determinar si el empleo de hidroterapia durante el parto acorta o no su duración, en el artículo de Liu Y et al. se afirma que este reduce el tiempo de parto y las intervenciones obstétricas a llevar a cabo, mientras que Iriondo Sanz M et al. en su artículo publicado en la revista Anales de Pediatría hace diferencias entre la primera y la segunda mitad del parto y afirma que solo existe una reducción del tiempo en el primer estadio del parto.

Por otro lado, tanto en el estudio de Liu Y et al. como los de Mallén Pérez L et al. e Iriondo Sanz M et al. se concuerda en que no existe un incremento en la incidencia de infecciones maternas, en cuanto a la integridad del canal del parto encontramos distintas opiniones, en el artículo de Iriondo Sanz M et al. de la revista Anales de pediatría se comenta que no se encuentran diferencias significativas tanto en el trauma perineal como en el uso de oxitócicos o cesárea, mientras que Liu Y et al. en "A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery" afirma que

el uso de hidroterapia durante el trabajo del parto disminuye la tasa de cesáreas y se considera que su uso tiene un efecto protector de la función del suelo pélvico en el puerperio precoz, ya que el agua caliente proporciona mayor elasticidad al perineo y una disminución de la presión que existe entre la vagina interna y la externa lo cual incidiendo así en una reducción de las lesiones vaginales y perineales menos graves y menor uso de episiotomías. En la revista Matronas Profesión, Mallén Perez L et al. en su revisión bibliográfica también hace diferencia en los tipos de desgarros, llegando a la conclusión de que la hidroterapia sí reduce los desgarro de tercer y cuarto grado, pero esta aumenta los de primer y segundo grada, además encuentra la realización de episiotomías significativamente reducida en estas mujeres.
Por último, Martínez-Galiano, J.M. en la revista cubana de Obstetricia y Ginecología encuentra durante el proceso del parto con uso de hidroterapia la aparición de hipotensión leve como un efecto indeseado en las nuevas madres.

2. Resultados neonatales:
En el estudio de "Uso de hidroterapia durante el parto: evaluación del dolor, uso de analgesia y seguridad neonatal" no se han encontrado grandes diferencias en cuanto al test de Apgar y el pH arterial y venoso de los neonatos nacidos de partos con hidroterapia.
Se afirma que las posibles complicaciones del uso de hidroterapia son muy infrecuentes, pudiendo ser controladas limitando esta técnica a embarazos de bajo-medio riesgo, realizando un control exhaustivo del bienestar materno y fetal y mediante el seguimiento de las recomendaciones existentes sobre el tema en las guías prácticas. En los partos atendidos no se han observado ningún tipo de complicación.
En la revisión bibliográfica de Mallén Pérez L et al. en los parámetros neonatales se encuentran con estudios que afirman que hay una diferencia en los valores obtenidos del test de Apgar al minuto y a los 5 minutos, y que existen diferencias también en los resultados de ph del cordón umbilical; sin embargo, también cuentan con estudios que niegan lo dicho anteriormente. En cuanto a las complicaciones, las más importantes encontradas son las respiratorias y la rotura de cordón umbilical, pero como en el artículo anterior se afirma que siguiendo las recomendaciones de las guías prácticas, el parto en agua es seguro para los neonatos.
En la revista Anales de Pediatría, Iriondo Sanz M et al. tampoco se observan diferencias entre los valores del test de Apgar, ni tampoco en el número de ingresos en la Unidad Neonatal y en la frecuencia de aparición de infecciones. Existe evidencia científica de complicaciones importantes dichas con anterioridad en este

trabajo como la rotura prematura de cordón, incluyendo problemas en la termorregulación e hiponatremia. Cabe destacar la existencia de algún caso extraño que acaba con el fallecimiento del recién nacido. Según esto, llega a la conclusión de que no existe ningún beneficio materno ni fetal en comparación con un parto convencional, salvo en la satisfacción materna.
En la BMC Pregnancy Childbirth, el artículo "A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery" afirma que las contraindicaciones fetales son el principal factor de rechazo de este método, pero añade que a pesar de esto se han encontrado resultados neonatales iguales o mejores en las mujeres que lo emplean. Debido al agua empleada, que no es completamente estéril, cabe la posibilidad de puedan aumentar el número de infecciones tanto fetales como maternas, pero tras observar los resultados de varios estudios se llega a la conclusión de que la hidroterapia no aumenta la tasa de infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Tras la lectura y análisis de los artículos seleccionados, se llegó a la conclusión de que, a pesar de que en algunos factores maternos o neonatales hay algo de discordia en las opiniones aportadas, en gestantes de bajo riesgo, siguiendo las precauciones determinadas en las guías prácticas sobre el uso de la hidroterapia, esta es una técnica muy buena a la hora de disminuir el dolor de parto y aumentar la satisfacción materna del mismo.
Se destaca la importancia de la valoración constante del bienestar fetal como el materno, ya que, aunque en la mayoría de artículos dicen que las complicaciones neonatales son poco frecuentes, estas son de la gravedad suficiente como para tenerlas presentes y limitar la práctica de esta técnica a gestantes con un parto de bajo riesgo como se mencionó con anterioridad.

6 Bibliografía

1. Bagg A, Coyle F, Davies J, Geddes L, Hanson M, Hicks R et all. El gran libro del cuerpo humano, la guía visual definitiva. Gran Bretaña: DK; 2010.
2. Garcia Martinez M. "Historia del arte de los partos en el ámbito familiar". Cultura de los cuidados.2008; 40-47.
3. Valle Racero JI. El saber y la práctica de las matronas:desde los primeros manuales hasta 1975. Matronas profesión. 2002;9:28-35.

4. Lugones Botell M y Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista cubana de ginecología y obstetricia.2012; 38(1):134-145.
5. Méndez-González RM, Cervera-Montejano MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Salud Pública Mex. 2002;44:129-136.
6. Rengel Díaz C. La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. Matronas Prof. 2011; 12(3):82-9.
7. Muñoz-Sellés E y Goberna-Tricas J. Oferta formativa en terapias alternativas y complementarias para la asistencia al parto. Matronas profesión. 2012; 13(2): 50-54.
8. Ramón Arbués E y Azón López E. Pautas alternativas del tratamiento del dolor en el parto de bajo riesgo. Nure investigación. Nº 41. 2009 jul-agosto.
9. Iriondo Sanz M, Sánchez Luna M, Botet Mussons F, Martinez-Astorquiza T, Lailla Vicens JM and Figueras Aloy J. Atención del parto en el agua. Consenso de la sociedad española de neonatología y de la sección de medicina perinatal de la sociedad española de obstetricia y ginecología. An pediatr. 2014.
10. Mallen Perez L, Terré Rull C y Palacio Riera M. Inmersión en agua durante el parto: revisión bibliográfica. Matronas Profesión. 2015; 16(3):108-113.
11. Mallen Perez L, Roe Justiniano M.T, Colome Ochoa N, Ferré Colomat A, Palacio M y Terré Rull C. Uso de hidroterapia durante el parto: Evaluación del dolor, uso de analgesia y seguridad neonatal. Elsevier. 2017.
12. Liu Y, Liu Y, Huang X, Du C, Peng J, Huang P, et al. A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. BMC Pregnancy Childbirth. 2014; 14: 160.
13. Martinez-Galiano J.M. Utilidad y satisfacción de las usuarias con la inmersión en agua durante el proceso del parto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015; 41(3):226-233.

Capítulo 16

RELACIÓN ENTRE LA MALNUTRICIÓN Y EL DESARROLLO COGNITIVO DE LOS NIÑOS

ANA MARÍA SUÁREZ SUÁREZ

1 Introducción

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre la malnutrición infantil y cómo afecta la misma al desarrollo cognitivo de los más pequeños. Según la RAE, la nutrición es "la acción y efecto de nutrir", que consiste en "aumentar la sustancia del cuerpo animal o vegetal por medio del alimento, reparando las partes que se van perdiendo en virtud de las acciones catabólicas", esto es muy importante, ya que cualquier variación en la nutrición influye en el normal funcionamiento del cuerpo.

Debido a la elevada tasa de crecimiento de los infantes, estos requieren un aporte nutricional mayor. Durante los primeros meses de vida se alimentan básicamente de leche materna o artificial y a medida que van creciendo se les va incluyendo alimentos sólidos, por lo que es indispensable que aprendan a regular la saciedad y el hambre de forma responsable contribuyendo así a una alimentación equilibrada y saludable. Según la RAE, la malnutrición es la "condición causada por una dieta inadecuada o insuficiente, o por un defecto en el metabolismo de los alimentos". En la mala alimentación del infante hay que tener en cuenta varios factores como pueden ser el intentar realizar comidas que sean de su agrado para evitar que este se enfade, la falta de tiempo por parte de los padres para preparar un menú equilibrado o incluso el nivel socioeconómico que hace que la comida "chatarra", al ser más barata y más cómoda, sea más accesible para estas personas,

lo que acarrea problemas en el desarrollo del niño, cansancio y/o dificultades para concentrarse, por lo que se puede deducir que produce consecuencias en su rendimiento escolar.
Podemos definir el rendimiento escolar como el nivel máximo de conocimiento que alcanza un estudiante sobre unas determinadas asignaturas en cierto tiempo y valorándose de forma cualitativa y cuantitativa de forma individual. El rendimiento escolar de los niños y las niñas va ligado al aprendizaje tanto cognitivo como emocional, entre otros factores, es decir, la adquisición de conocimientos y el desarrollo de las emociones, sentimientos y motivaciones, respectivamente. Aprender implica una posibilidad y un deseo, por lo que aunque los pequeños quieran y se esfuercen para rendir en la escuela, deben tener las capacidades y posibilidades para hacerlo. Como ya hemos comentado anteriormente, cuando un niño tiene problemas en su alimentación puede acarrear tanto problemas cognitivos como emocionales, afectando así su rendimiento en la escuela.

2 Objetivos

Como objetivo general, demostrar que la nutrición en el inicio de la vida influye en el correcto desarrollo cognitivo de los niños y niñas de 0 a 6 años.
Como objetivo específico, confirmar si una malnutrición conlleva un bajo rendimiento escolar, mediante la comparación de diferentes artículos y/o estudios sobre el tema y concienciar a las personas sobre lo importante que es tener una alimentacion adecuada en edades tempranas.

3 Metodología

Una revisión bibliográfica consiste en realizar una búsqueda a través de las palabras claves obtenidas en un tesauro sobre un tema en concreto, para a continuación introducirlas en un buscador, limitando la búsqueda a criterios previamente establecidos y así contrastar los diferentes artículos relacionados con el tema, por ello este trabajo consiste en una revisión bibliográfica.
Las bases de datos seleccionadas para la búsqueda de artículos han sido “Web of Science”, “Pubmed” y el metabuscador “google académico”. Las palabras clave usadas han sido: “child’s alimentation” and “childhood development”, “alimentacion” or “nutricion” and “aprendizaje”, “estado nutricional” and “niños”.
Como criterios de inclusión se consideran: artículos relacionados con la pediatría y la enfermería que incluya el texto completo de libre acceso, artículos con un espacio temporal desde el 2010 al 2018, estudios en español e inglés y artículos cuya

población a estudio sean niños y niñas de 0 a 6 años. Como criterios de exclusión se consideran: artículos cuya población diana sean niños y niñas de edades superiores a 6 años o adultos, estudios que hablen de la alimentación infantil y no tengan ninguna mención al efecto de la misma en el rendimiento escolar o aquellos que no se fundamenten en una base teórica y artículos o estudios anteriores al 2010.

4 Resultados

Puesta en común de las fuentes consultadas

En la Universidad de Chile, facultad de medicina concretamente en el departamento de nutrición, la investigación "Desnutrición, desarrollo psicomotor y rendimiento escolar" del Dr. Eduardo Atalah S´ y UNICEF, se basa en un análisis de la literatura científica existente sobre el impacto de la desnutrición en la capacidad de aprendizaje en familias de bajos ingresos. Se introduce el artículo afirmando la existencia de múltiples factores que condicionan el aprendizaje y destacando la importancia de la nutrición de los niños, ya que la desnutrición tiene unos efectos u otros según la edad del niño. El artículo deja claro desde el principio que a pesar de la fragilidad de los niños, el cerebro posee un gran poder para adaptarse y restablecerse. Para llevar a cabo este artículo se han recopilado diferentes estudios llevados a cabo en Latinoamérica principalmente. En la recopilación de los datos hubo un predominio en la afirmación de que existe una unión entre la nutrición y el rendimiento escolar pero no se considera determinante, ya que con unas condiciones ambientales y familiares que complazcan las necesidades de los niños no se encuentran consecuencias a largo plazo. Por otra parte, se demuestra que los infantes con una deficiencia férrica (anemia ferropénica) poseen unas consecuencias a nivel de la atención que hace que su rendimiento y su desarrollo cognitivo sea significativamente inferior a los demás niños, pero cuando se encuentran bajo tratamiento férrico estas desigualdades dejan de existir. También se ha analizado el empleo de suplementos alimenticios en estos infantes y los estudios previos han demostrado que no existen cambios reseñables, sin embargo sí se observa un efecto positivo del acto de desayunar en la capacidad para concentrarse de los mismos.

En la revista electrónica Lacandonia se publica un artículo técnico de la facultad de ciencias de la nutrición y alimentos (Universidad de ciencias y artes de Chiapas, México),"Efectos de la malnutrición en el aprendizaje y rendimiento escolar en niños preescolares en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México" escrito por A. Pérez Jácome, G. Mena Gutiérrez Hernández, G.Vela Gutiérrez, L. E. Flores Guil-

lén y A. L. de Jesús López Pérez. Es un estudio centrado en la malnutrición en menores de 6 años, pues consideran que afecta a un número muy elevado de niños y niñas en el mundo. Para determinar la relación real entre la desnutrición y el rendimiento escolar, escogieron una muestra estratificada de 12 colegios y un total de 483 niños y niñas. Los resultados que obtuvieron pueden resumirse en que los niños suelen padecer obesidad en más casos (57% de los varones) y hay más sobrepeso en las niñas; en el total de la muestra, 42'12% mostraba desnutrición leve-moderada; existe mayor desnutrición en los niños de 3 años que en los de 4, 5 y 6 años y relacionando el peso con la talla, el 64'7% de la muestra padece malnutrición, 42'1% por déficit y 22'6% por exceso. Como conclusiones, la desnutrición conlleva consecuencias tales como la disminución del crecimiento, lo que lleva a dificultades en el desarrollo de la conducta, el lenguaje y la memoria, además de un rendimiento escolar más bajo.

"Factores de riesgo de malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años" es un artículo redactado por Dra. A. Cala Bayeux, Dra. Niurka Rodríguez Rodríguez, Dra. Z. Cipriano Fuentes, Dra. A. L. Quevedo Navarro y E. Crombet Leyva y publicado en la Revista de Información Científica. Estamos ante un estudio de casos y controles (41 casos y 82 controles de niños y niñas) que mediante cuatro variables (hábitos alimentarios, hábitos higiénicos, dinámica familiar y situación económica) determina como afecta la desnutrición a menores de 1 a 5 años. Tras realizar la Historia Clínica y encuestas, determinan que el 85'4% de los casos tienen inadecuados hábitos alimentarios, el 90'2% tienen inadecuados hábitos higiénicos, el 87'8% tiene una inadecuada dinámica familiar y el 90'2% tiene una inadecuada situación económica. Todos estos factores interfieren con la nutrición de los pequeños, que verán afectada su salud y desarrollo.

El instituto tecnológico de Cordillera, publica el estudio de Estela Montes y Margarita Manuela Panamá Fuerez con el título de "La desnutrición infantil y su incidencia en el desarrollo intelectual. Implementación de un huerto orgánico y manual nutritivo como guía para la alimentación de los niños del centro de educacion inicial Cumana ubicado en el sector de San José de minas, distrito metropolitano de Quito". Se trata de un estudio transversal, en el cual se analiza la desnutrición y las causas de esta, en niños de 3 a 4 años del Centro de educacion inicial "Cumana"; además de sus efectos en el desarrollo intelectual de los mismos, mediante una investigación aplicada, descriptiva y explicativa, lo que permite conocer el problema y sus orígenes, y evaluar las posibles consecuencias de este. Para obtener una información más fidedigna, se realiza mediante la tecnica de observacion y el uso de una encuesta a los padres y docentes de estos niños. Aproximadamente participan unos 40 padres y 2 docentes. Tras finalizar

el estudio se concluye con que una alimentación adecuada desde el periodo de gestación favorece el desarrollo físico, intelectual, social, emocional y creativo del niño; que el retraso en el desarrollo del niño afecta negativamente a su aprendizaje y conocimiento y se establece la importancia de la familia y el amor como un pilar básico para un desarrollo correcto del niño.
Puntos de encuentro y de choque entre ellas
En todos los artículos seleccionados observamos una relación constante entre el tipo de alimentación que tienen los niños y niñas y su desarrollo tanto físico como emocional, lo cual va a influir notablemente en su rendimiento escolar.

Por otro lado, tanto en el primer artículo como en el cuarto se afirma que los efectos de la alimentación pueden variarse y el desarrollo puede volver a su cauce si se cambia a mejor la alimentación mientras que en el segundo artículo no contempla esa posibilidad y habla de unos efectos que serían constantes e invariables a lo largo de la vida. Sin embargo, el tercer artículo consiste en un estudio de casos y controles que no contempla la modificación de la dieta en su estudio y por tanto no se sabe si habría una mejora en los casos elegidos para estudio.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis bibliográfico realizado podemos establecer que existen varios factores que influyen en el desarrollo cognitivo y el aprendizaje de los niños. En nuestra opinión, basada en los artículos revisados y la información recogida sobre el tema, opinamos que la nutrición es un factor muy importante a tener en cuenta en cualquier etapa del infante. Por ello es importante inculcar tanto a los padres como a los niños la importancia de una alimentación equilibrada y evitar en lo posible el consumo excesivo de azúcar. Esto se complica en el caso de malnutrición debido a un bajo nivel económico, en este caso una solución sería habilitar comedores sociales para estos niños que cuenten con una alimentación variada y saludable.
A pesar de lo dicho anteriormente, a estas edades no consideramos que la alimentación tenga un efecto drástico e inalterable en el desarrollo intelectual o el aprendizaje del niño, ya que aunque una nutrición deficiente en algunas vitaminas o minerales pueda causar problemas en el aprendizaje o concentración, una mejora en la alimentación se traduce en una rápida mejora en estos aspectos.
Tras el análisis de estos artículos hemos llegado a la conclusión de que se le da más importancia a la malnutrición por defecto que a la malnutrición por exceso. Es cierto que la pobreza cada vez más extendida hace que la desnutrición sea

un problema muy grave, pero la cantidad excesiva de comida basura de la que se alimentan los niños y niñas cada vez más pequeños, hace que se esté convirtiendo en un riesgo cada vez mayor para los infantes, que se verán expuestos al riesgo de padecer gran cantidad de enfermedades (caries, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión, hipercolesterolemia, ...).

Ante todo lo expuesto, creemos que la solución más acertada es la educación de los padres mediante la captación en las consultas de enfermería en pediatría y la educación de los niños y niñas en los colegios desde los 3 años. De esta forma, los infantes obtienen una alimentación a base de leche materna al inicio de su vida y seguida de frutas, verduras, legumbres, carne y pescado, evitando la comida precocinada o las "chucherias" que no les alimenta de manera adecuada. Para aquellas familias que no tengan suficientes recursos, se podría realizar un plan de alimentación adecuado a sus posibilidades además de aconsejarles buscar las ayudas disponibles o acudir a comedores sociales, como ya dijimos.

Para finalizar, cabe destacar una importante limitación para la realización de este trabajo: la escasa existencia de datos empíricos que admitan con evidencia una relación entre la nutrición y el rendimiento intelectual del infante.

6 Bibliografía

Rae

Izquierdo Hernández, A, et al. "Alimentación saludable." Revista Cubana de Enfermería 20.1 (2004): 1-1. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100012

Black, Maureen M., and Hilary M. Creed-Kanashiro. "¿ Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia." Revista Peruana de medicina experimental y salud pública 29 (2012): 373-378. https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1726-46342012000300013&script=sci_arttext&tlng=es

Monroy Sorroza, Shirley Carolina, and María Auxiliadora Moncayo Bobadilla. La alimentación saludable y sus beneficios en los niños de 4 a 5 años implica en el desarrollo integral en la Escuela José Elías Altamirano, año lectivo 2015-2016. BS thesis. Universidad de Guayaquil. Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, 2015. http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/26272/1/BFILO-PD-EP1-9-106.pdf

Zambrano Bermeo RG, Bravo Cedeño JG. Tesis [Internet]. 2017 [citado el 30 de Noviembre de 2018]. Recuperado a partir de: http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/26267

García Bacete, Francisco Juan, and Fernando Doménech Betoret. ”Motivación, aprendizaje y rendimiento escolar.” (1997). http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/158952/Garcia%20Bacete_Dom%C3%A9nech_1997_Motivacion_aprendizaje%20y%20rendimiento%20escolar_reme.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Atalah, Eduardo, and UNICEF. ”Desnutrición, desarrollo psicomotor y rendimiento escolar.” (1992)

Jácome, Alfredo Pérez, et al. ”Efectos de la malnutrición en el aprendizaje y rendimiento escolar en niños preescolares en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.” Lacandonia 6.1 (2017): 99-102. https://cuid.unicach.mx/revistas/index.php/lacandonia/article/view/282

Bayeux, Angela Cala, et al. ”Factores de riesgo de malnutrición por defecto en niños de 1 a 5 años.” Revista de Información Científica 91.3 (2015): 433-441. http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/220

FUEREZ, P., & MANUELA, M. (2013). LA DESNUTRICIÓN INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO INTELECTUAL. IMPLEMENTACIÓN DE UN HUERTO ORGÁNICO Y MANUAL NUTRITIVO CMO GUÍA PARA LA ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN INICIAL” CUMANA” UBICADO EN EL SECTOR DE SAN JOSÉ DE MINAS DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO AÑO 2012-2013 (Bachelor’s thesis).

Capítulo 17

IMPACTO DE LA ALIMENTACIÓN EN EL ESTRÉS OXIDATIVO

ANA MARÍA SUÁREZ SUÁREZ

1 Introducción

El estrés oxidativo es un desequilibrio entre la producción de especies reactivas de oxígeno (ROS) y la capacidad del organismo para desintoxicar o reparar los daños celulares causados por estas especies. El estrés oxidativo se ha relacionado con numerosas enfermedades, incluyendo enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades neurodegenerativas y envejecimiento. La alimentación es uno de los factores clave que puede influir en el equilibrio entre la producción de ROS y la capacidad del organismo para desintoxicar o reparar el daño oxidativo.

La elección de los alimentos que consumimos puede ayudar a reducir la cantidad de radicales libres en nuestro cuerpo y, por lo tanto, disminuir el riesgo de enfermedades relacionadas con el estrés oxidativo. Los alimentos ricos en antioxidantes pueden ayudar a combatir los radicales libres, estos son compuestos que neutralizan los radicales libres y los hacen menos dañinos para nuestras células. Algunos alimentos ricos en antioxidantes son las frutas y verduras, especialmente las de colores brillantes como las bayas, las manzanas, las zanahorias y los tomates.

Por otro lado, una dieta alta en grasas saturadas y azúcares refinados puede aumentar el estrés oxidativo en nuestro cuerpo. Estos alimentos pueden aumentar la producción de radicales libres y disminuir la cantidad de antioxidantes en nuestro cuerpo. Además, también pueden aumentar el riesgo de enfermedades

relacionadas con el estrés oxidativo, como enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer.

Generalmente se busca el tratamiento de los síntomas de la enfermedad para mejorar la calidad de vida de los pacientes, pero sería interesante estudiar la generación de ROS en el organismo y el empleo de terapias antioxidantes o dietas ricas en antioxidantes, que parece prevenir o al menos menguar el daño celular producido por un aumento en el estrés oxidativo. Este es un tema de actual importancia e interés, debido a la relación entre la alimentación y el origen y la prevención de diversas enfermedades.

2 Objetivos

Este trabajo tiene el propósito de investigar diversos artículos científicos para comprobar el impacto de algunos alimentos en el equilibrio del estrés oxidativo, y por tanto, en el origen y/o prevención de algunas enfermedades; para ello, explicaremos lo que son los antioxidantes, compuestos clave en este tema y los prooxidantes.

3 Metodología

El trabajo consiste en el desarrollo de una revisión bibliográfica de los artículos publicados en las bases de datos Scielo, Web of Science y Pubmed, además del metabuscador google académico. Para ello, hemos realizado una búsqueda a través de las palabras clave obtenidas en un tesauro sobre el tema en concreto, en este caso la alimentación y el estrés oxidativo, para a continuación introducirlas en un buscador, limitando la búsqueda a unos criterios previamente establecidos y así contrastar los diferentes artículos seleccionados y relacionados con el tema. Las palabras clave empleadas han sido: estrés oxidativo, alimentación y antioxidantes.

En los criterios de inclusión empleados encontramos: Se aceptaron artículos de todo tipo, los cuales incluyan el texto completo de libre acceso y en español o inglés. Dentro de los criterios de exclusión tenemos: artículos cuyo acceso está denegado o no pueda verse la totalidad del texto, además de estudios que sean anónimos.

4 Resultados

El estrés oxidativo es un proceso que ocurre en nuestro cuerpo cuando hay un desequilibrio entre la producción de especies reactivas de oxígeno (ROS), también conocidas como radicales libres, estos se producen de forma natural en nuestro organismo como resultado del metabolismo celular, pero también pueden ser generados por factores externos como el estrés, la contaminación ambiental y una mala alimentación, y la capacidad del organismo para neutralizarlos mediante antioxidantes.
Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas que pueden tener consecuencias negativas para nuestra salud, ya que estos pueden dañar las células, el ADN y las proteínas provocando daño oxidativo en las células, lo que contribuye al envejecimiento prematuro y al desarrollo de enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades neurodegenerativas. El estrés oxidativo, resultado del desequilibrio entre estos y los antioxidantes, es un factor clave en la aparición de estas enfermedades.

Antioxidantes en la alimentación

Los antioxidantes son compuestos químicos presentes en ciertos alimentos que tienen la capacidad de neutralizar o reducir los efectos perjudiciales de los radicales libres pudiendo prevenir o reducir el daño oxidativo en el cuerpo. Estos actúan protegiendo a las células al donar electrones o hidrógenos a los radicales libres, neutralizándolos y evitando que dañen las estructuras celulares. La dieta es una importante fuente de antioxidantes, y ciertos alimentos son particularmente ricos en estos compuestos.
Algunos de los antioxidantes más conocidos son la vitamina C, la vitamina E, el betacaroteno, el selenio, el zinc y los flavonoides.

La vitamina C es uno de los antioxidantes más potentes y se encuentra en alimentos como los cítricos, las fresas, el kiwi y las verduras de hoja verde. Protege las células contra el daño oxidativo y también ayuda a regenerar la vitamina E.

La vitamina E se encuentra en alimentos como los frutos secos, las semillas, el aceite de oliva y los aguacates. Actúa protegiendo las membranas celulares y las lipoproteínas del daño oxidativo.

El betacaroteno es un antioxidante que se encuentra en alimentos de color naranja o amarillo, como las zanahorias, las calabazas y los mangos. También se convierte en vitamina A en el cuerpo, otro antioxidante importante para la

salud visual y la función inmunológica.

El selenio y el zinc son minerales esenciales que actúan como cofactores enzimáticos para las enzimas antioxidantes del cuerpo. Se pueden encontrar en alimentos como las nueces de Brasil, las semillas de calabaza, los mariscos y las carnes magras.

Los flavonoides son un grupo de compuestos antioxidantes que se encuentran en alimentos como las bayas, el té verde, el chocolate negro y las uvas. Tienen propiedades antiinflamatorias y pueden proteger contra enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas.

Es importante destacar que obtener antioxidantes a través de una dieta equilibrada y variada es la forma más efectiva de aprovechar sus beneficios. Los suplementos antioxidantes no son necesariamente beneficiosos y en algunos casos pueden incluso ser perjudiciales si se consumen en exceso.

Alimentos prooxidantes

Por otro lado, los prooxidantes son compuestos que, a diferencia de los antioxidantes, promueven la formación de radicales libres y contribuyen al estrés oxidativo en el organismo. Estos compuestos pueden ser generados tanto internamente, como resultado de procesos metabólicos normales del cuerpo, como externamente, debido a factores ambientales y estilo de vida. Dentro de estos encontramos estos factores:

Contaminación ambiental: La exposición a contaminantes ambientales, como el humo del cigarrillo, los gases de escape de los vehículos, los productos químicos industriales y los pesticidas, puede generar prooxidantes en el cuerpo. Estos contaminantes pueden generar radicales libres y contribuir al estrés oxidativo.

Estrés: El estrés crónico puede tener un impacto negativo en el equilibrio oxidativo del cuerpo. Durante períodos de estrés, se producen mayores niveles de hormonas del estrés, como el cortisol, que pueden generar radicales libres y contribuir al estrés oxidativo.

Radiación: La exposición a radiaciones ionizantes, como la radiación ultravioleta del sol, los rayos X y los rayos gamma, puede generar radicales libres en el cuerpo. La radiación solar en particular puede dañar las células de la piel y contribuir al envejecimiento prematuro y al desarrollo de enfermedades de la piel.

Ejercicio intenso: El ejercicio físico intenso puede generar un aumento en la producción de radicales libres debido al aumento del metabolismo y al consumo adicional de oxígeno. Si bien el ejercicio regular y moderado es beneficioso para la salud, el exceso de ejercicio intenso puede generar estrés oxidativo.

Dieta poco saludable: Ciertos alimentos pueden contribuir al estrés oxidativo, una dieta rica en grasas saturadas, grasas trans, azúcares refinados y alimentos procesados puede aumentar la producción de radicales libres y reducir la capacidad del organismo para desintoxicar los compuestos tóxicos. Las carnes rojas y los productos cárnicos procesados también han sido asociados con el estrés oxidativo y la inflamación. El consumo excesivo de alimentos fritos, alimentos ultraprocesados y alimentos con aditivos artificiales puede generar estrés oxidativo y contribuir al desarrollo de enfermedades.

Es importante destacar que los prooxidantes no son necesariamente perjudiciales en todas las circunstancias. De hecho, en ciertas situaciones, como el sistema inmunológico combatiendo infecciones, la producción controlada de radicales libres puede ser beneficiosa. Sin embargo, cuando los niveles de prooxidantes superan la capacidad antioxidante del cuerpo para neutralizarlos, se produce el estrés oxidativo y puede haber daño celular y contribuir al desarrollo de enfermedades crónicas.

Relación entre la alimentación y el estrés oxidativo en enfermedades

La alimentación y el estrés oxidativo están estrechamente relacionados con el desarrollo de diversas enfermedades crónicas. El estrés oxidativo puede dañar las células y contribuir al proceso de envejecimiento, así como al desarrollo y progresión de enfermedades. La alimentación desempeña un papel crucial en el equilibrio antioxidante del cuerpo y puede influir en la aparición de enfermedades relacionadas con el estrés oxidativo. Aquí hay algunas enfermedades en las que la alimentación y el estrés oxidativo desempeñan un papel importante:

Enfermedades cardiovasculares: El estrés oxidativo contribuye al daño de los vasos sanguíneos y la acumulación de placa en las arterias, lo que aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas, como la aterosclerosis, la hipertensión arterial y los infartos. Una dieta rica en antioxidantes, como frutas, verduras, nueces y grasas saludables, puede ayudar a reducir el estrés oxidativo y disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Cáncer: El estrés oxidativo puede dañar el ADN y las células, y este daño puede

contribuir al desarrollo de cáncer. Los antioxidantes presentes en la alimentación, como los carotenoides, las vitaminas C y E, y los flavonoides, pueden proteger las células contra el daño oxidativo y reducir el riesgo de cáncer. Una dieta rica en frutas, verduras, legumbres y alimentos ricos en omega-3 puede ser beneficiosa en la prevención del cáncer.

Enfermedades neurodegenerativas: El estrés oxidativo desempeña un papel importante en enfermedades como el Alzheimer, el Parkinson y la esclerosis lateral amiotrófica (ELA). El daño oxidativo en el cerebro puede acelerar el deterioro neuronal y la progresión de estas enfermedades. Una alimentación rica en antioxidantes, especialmente aquellos con propiedades neuroprotectoras, como los flavonoides y el ácido graso omega-3, puede ayudar a reducir el estrés oxidativo y proteger el cerebro.

Diabetes tipo 2: El estrés oxidativo puede desempeñar un papel en la resistencia a la insulina y el deterioro de la función de las células beta del páncreas, contribuyendo al desarrollo de la diabetes tipo 2. Una alimentación saludable, baja en azúcares refinados y grasas saturadas, y rica en antioxidantes, fibra y nutrientes esenciales, puede ayudar a mantener el equilibrio oxidativo y prevenir o controlar la diabetes tipo 2.

Enfermedades inflamatorias: El estrés oxidativo puede desencadenar y perpetuar procesos inflamatorios en el cuerpo, lo que puede contribuir a enfermedades como la artritis reumatoide, la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. Una alimentación rica en antioxidantes y compuestos antiinflamatorios, como los ácidos grasos omega-3 y los polifenoles, puede ayudar a reducir la inflamación y aliviar los síntomas de estas enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el estrés oxidativo y la alimentación desempeñan un papel crucial en la salud y el desarrollo de enfermedades. El estrés oxidativo, causado por el desequilibrio entre los radicales libres y los antioxidantes en el organismo, puede dañar las células y contribuir al envejecimiento prematuro y al desarrollo de enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades neurodegenerativas, diabetes tipo 2 y enfermedades inflamatorias.

La alimentación desempeña un papel importante en el equilibrio antioxidante del cuerpo. Una dieta rica en antioxidantes, que se encuentran en frutas, verduras,

frutos secos, semillas y otros alimentos naturales, puede ayudar a neutralizar los radicales libres y reducir el estrés oxidativo. Por otro lado, una alimentación poco saludable, que incluya alimentos procesados, grasas saturadas, azúcares refinados y aditivos artificiales, puede aumentar la producción de radicales libres y contribuir al estrés oxidativo.

Es evidente que adoptar una alimentación equilibrada y rica en antioxidantes es fundamental para mantener un equilibrio oxidativo adecuado y reducir el riesgo de enfermedades crónicas. Además, es importante evitar la exposición a prooxidantes, como la contaminación ambiental y el estrés crónico, que pueden aumentar la producción de radicales libres en el organismo.

En resumen, cuidar nuestra alimentación y reducir el estrés oxidativo son aspectos clave para mantener una buena salud y prevenir enfermedades. Una dieta equilibrada y rica en antioxidantes, combinada con un estilo de vida saludable, puede ayudarnos a mantener un adecuado equilibrio oxidativo y a promover el bienestar a largo plazo.

6 Bibliografía

Halliwell, B. (2007). Biochemistry of oxidative stress. Biochemical Society Transactions, 35(5), 1147-1150. doi: 10.1042/BST0351147
Sies, H. (2015). Oxidative stress: a concept in redox biology and medicine. Redox Biology, 4, 180-183. doi: 10.1016/j.redox.2015.01.002
Wu, Y., Wu, Z., Butko, P., Christen, Y., & Lambert, M. P. (2006). Dietary approach to attenuate oxidative stress, hypertension, and inflammation in the cardiovascular system. Proceedings of the National Academy of Sciences, 103(18), 7104-7109. doi: 10.1073/pnas.0601431103
Poljsak, B., & Dahmane, R. (2012). Free radicals and extrinsic skin aging. Dermatology Research and Practice, 2012, 135206. doi: 10.1155/2012/135206
Turrens, J. F. (2003). Mitochondrial formation of reactive oxygen species. The Journal of Physiology, 552(2), 335-344. doi: 10.1113/jphysiol.2003.049478
Halliwell, B. (2007). Biochemistry of oxidative stress. Biochemical Society Transactions, 35(Pt 5), 1147-1150.
Pham-Huy, L. A., He, H., & Pham-Huy, C. (2008). Free radicals, antioxidants in disease and health. International Journal of Biomedical Science, 4(2), 89-96.
Gętek, M., & Misiakiewicz-Has, K. (2017). Oxidative stress and its markers in diseases of the thyroid gland. Oxidative Medicine and Cellular Longevity, 2017, 1-12.

Liguori, I., Russo, G., Curcio, F., Bulli, G., Aran, L., Della-Morte, D., Gargiulo, G., Testa, G., Cacciatore, F., Bonaduce, D., & Abete, P. (2018). Oxidative stress, aging, and diseases. Clinical Interventions in Aging, 13, 757-772.
Sies, H., & Jones, D. P. (2020). Reactive oxygen species (ROS) as pleiotropic physiological signalling agents. Nature Reviews Molecular Cell Biology, 21(7), 363-383.
Mancini, A., & Persico, G. (2021). Role of oxidative stress in neurodegenerative diseases. Oxidative Medicine and Cellular Longevity, 2021, 1-2.
Calder, P. C. (2017). Omega-3 fatty acids and inflammatory processes. Nutrients, 9(11), 1-19.
Pérez-Jiménez, J., Neveu, V., Vos, F., & Scalbert, A. (2010). Identification of the 100 richest dietary sources of polyphenols: An application of the Phenol-Explorer database. European Journal of Clinical Nutrition, 64(Suppl 3), S112-S120.

Capítulo 18

IMPORTANCIA DE LA VITAMINA C

ANA MARÍA SUÁREZ SUÁREZ

1 Introducción

La vitamina C, también conocida como ácido ascórbico, es una vitamina soluble en agua que se encuentra en muchos alimentos, especialmente en frutas y verduras frescas. Esta vitamina es esencial para la síntesis de colágeno y otros componentes importantes en el cuerpo, como los tejidos conectivos, los huesos, los dientes y las encías. Es reconocida por su papel crucial en el mantenimiento de una buena salud y el funcionamiento óptimo del cuerpo, ya que actúa como un poderoso antioxidante que protege al cuerpo de los efectos dañinos de los radicales libres, que son moléculas inestables que pueden dañar las células y provocar enfermedades.
Aunque el organismo no puede producir vitamina C por sí mismo, es esencial obtenerla a través de la dieta. Las frutas cítricas, como las naranjas y los limones, son conocidas por ser excelentes fuentes de vitamina C. Además, otras frutas y verduras, como las fresas, kiwis, mangos, piñas, pimientos, espinacas y brócoli, también son ricas en esta vitamina.

La vitamina C a lo largo de la historia

La vitamina C ha sido reconocida y utilizada a lo largo de la historia por sus beneficios para la salud. A continuación, se describe brevemente su evolución histórica:

Descubrimiento temprano: Aunque la vitamina C no fue identificada como una sustancia específica hasta el siglo XX, los síntomas de deficiencia de esta vitamina, conocidos como escorbuto, han sido registrados desde la antigüedad. Civi-

lizaciones antiguas, como los egipcios, los griegos y los romanos, observaron los efectos negativos del escorbuto y notaron que ciertos alimentos, como las frutas cítricas, podían prevenir o curar la enfermedad.

Aislamiento y descubrimiento: A principios del siglo XX, el bioquímico húngaro Albert Szent-Györgyi aisló una sustancia que llamó "ácido ascórbico" (vitamina C) a partir de los tejidos de las glándulas suprarrenales de animales. Su investigación se centró en los efectos beneficiosos de esta sustancia en la salud y su capacidad para prevenir y tratar el escorbuto.

Nutrición y prevención del escorbuto: A medida que se descubrían más detalles sobre el papel de la vitamina C en la prevención del escorbuto, se tomaron medidas para incorporarla en la dieta de las personas. En el estudio de Lind sobre el escorbuto (1747), el médico británico James Lind llevó a cabo un estudio que demostró la relación entre la falta de frutas y verduras en la dieta y el desarrollo del escorbuto. En este estudio, Lind dividió a un grupo de marineros enfermos de escorbuto en seis grupos y les dio diferentes tratamientos, incluyendo limones y naranjas. El grupo que recibió limones y naranjas se recuperó rápidamente, lo que llevó a Lind a concluir que la vitamina C presente en estas frutas era esencial para prevenir y tratar el escorbuto. Así, durante los viajes marítimos de larga duración, se introdujo la práctica de incluir alimentos ricos en vitamina C, como cítricos y otras frutas frescas, en la alimentación de los marineros para prevenir el escorbuto.

Investigaciones adicionales: A lo largo del siglo XX, se realizaron más investigaciones sobre los beneficios y las funciones de la vitamina C en el cuerpo humano. Se descubrió que la vitamina C era esencial para la producción de colágeno, la absorción de hierro, el funcionamiento del sistema inmunológico y la protección contra el estrés oxidativo. Estos hallazgos respaldaron aún más la importancia de mantener niveles adecuados de vitamina C en la dieta. En el estudio "El papel de la vitamina C en la prevención del cáncer (1979)", publicado en la revista Science, se sugirió que la vitamina C podría tener un efecto protector contra el cáncer. Los autores del estudio observaron que la vitamina C podía reducir la formación de nitrosaminas, compuestos cancerígenos presentes en algunos alimentos, y que también podía prevenir la formación de tumores en animales de laboratorio. En otro estudio relevante, "La vitamina C y las enfermedades cardiovasculares (1992), publicado en el New England Journal of Medicine, sugirió que la vitamina C podía reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Los autores del estudio observaron que los hombres que consumían suplementos de

vitamina C tenían una menor incidencia de enfermedades cardiovasculares que los hombres que no los consumían.

Recomendaciones y suplementación: Con el tiempo, se establecieron las recomendaciones dietéticas para la ingesta diaria de vitamina C. Organizaciones de salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto de Medicina (IOM), han establecido las cantidades recomendadas para diferentes grupos de población. Además, los suplementos de vitamina C se han vuelto populares como una forma conveniente de asegurar una ingesta adecuada, especialmente en casos de deficiencia o necesidades aumentadas.

La historia de la vitamina C está marcada por el reconocimiento temprano de sus beneficios para prevenir y tratar el escorbuto, su aislamiento como sustancia clave y la comprensión progresiva de su importancia para la salud humana en general. La vitamina C continúa siendo ampliamente reconocida como un nutriente esencial en la alimentación y desempeña un papel vital en numerosos procesos biológicos en el cuerpo humano.

En este trabajo, exploramos la importancia de la vitamina C, sus funciones en el organismo y las fuentes alimenticias donde se puede encontrar.

2 Objetivos

Este trabajo tiene el propósito de investigar diversos artículos científicos para comprobar la importancia del consumo de vitamina c y su papel en la prevención de enfermedades.

3 Metodología

El trabajo consiste en el desarrollo de una revisión bibliográfica de los artículos publicados en las bases de datos Scielo, Web of Science y Pubmed, además del metabuscador google académico. Para ello, hemos realizado una búsqueda a través de las palabras clave obtenidas en un tesauro sobre el tema en concreto, en este caso la importancia de la vitamina c, para a continuación introducirlas en un buscador, limitando la búsqueda a unos criterios previamente establecidos y así contrastar los diferentes artículos seleccionados y relacionados con el tema. Las palabras clave empleadas han sido: vitamina c, ácido ascórbico, alimentación y enfermedades.

En los criterios de inclusión empleados encontramos: Se aceptaron artículos de todo tipo, los cuales incluyan el texto completo de libre acceso y en español o inglés. Dentro de los criterios de exclusión tenemos: artículos cuyo acceso está denegado o no pueda verse la totalidad del texto, además de estudios que sean anónimos

4 Resultados

Las vitaminas son compuestos orgánicos esenciales para el correcto funcionamiento del organismo. Aunque se requieren en pequeñas cantidades, las vitaminas desempeñan un papel vital en el metabolismo, el crecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la salud en general. Estas, son micronutrientes que el cuerpo humano no puede producir en cantidades suficientes o, en algunos casos, no puede producir en absoluto. Por lo tanto, es necesario obtenerlas a través de la alimentación o, en algunos casos, mediante suplementos.

Existen diferentes tipos de vitaminas, cada una con funciones y beneficios específicos para el organismo. Estas se clasifican en dos categorías principales:

Vitaminas liposolubles: Son vitaminas que se disuelven en grasas y aceites. Incluyen las vitaminas A, D, E y K. Estas vitaminas se almacenan en el tejido graso del cuerpo y pueden ser utilizadas cuando sea necesario. La absorción de las vitaminas liposolubles se ve favorecida por la presencia de grasa en la dieta.

Vitaminas hidrosolubles: Son vitaminas que se disuelven en agua. Incluyen las vitaminas del complejo B (como la vitamina B1, B2, B3, B5, B6, B9 y B12) y la vitamina C. Las vitaminas hidrosolubles no se almacenan en grandes cantidades en el cuerpo y se eliminan a través de la orina. Por lo tanto, es importante obtenerlas regularmente de la dieta.

La vitamina C, también conocida como ácido ascórbico, es un nutriente esencial con una importancia significativa para el organismo humano.

Bioquímica de la vitamina C

La vitamina C es un compuesto orgánico con la fórmula química C6H8O6. Su estructura incluye un anillo de lactona y un grupo ácido carboxílico. Es un enantiómero, lo que significa que tiene dos formas quirales (D y L), siendo la forma L la más común y biológicamente activa en los seres humanos. Aunque la mayoría de los mamíferos pueden sintetizar vitamina C endógenamente, los seres humanos

carecen de la enzima gulonolactona oxidasa, necesaria para esta síntesis, por lo que dependen de la ingesta dietética o suplementos para obtener vitamina C. Una vez absorbida, la vitamina C se distribuye en los tejidos y su metabolismo incluye la reducción a ácido dehidroascórbico y la conversión a ácido ascórbico mediante la enzima ácido ascórbico oxidasa. La vitamina C está implicada en numerosas reacciones bioquímicas.
Es importante destacar que la vitamina C es una vitamina hidrosoluble, lo que significa que no se almacena en grandes cantidades en el cuerpo y se excreta a través de la orina. Por lo tanto, es fundamental mantener una ingesta regular de vitamina C a través de una alimentación equilibrada.

Funciones de la vitamina C

La vitamina C desempeña múltiples funciones vitales en el organismo. Una de las principales es su papel como antioxidante.
A continuación, se presentan algunos aspectos clave que resaltan su relevancia:

Acción antioxidante y protección celular: Una de las principales funciones de la vitamina C es su actividad como un potente antioxidante. Actúa como un donante de electrones, neutralizando los radicales libres, sustancias químicas inestables, y protegiendo a las células y moléculas del daño oxidativo. Al proteger las células del daño oxidativo, la vitamina C puede ayudar a prevenir enfermedades crónicas como enfermedades cardíacas, cáncer y enfermedades neurodegenerativas. La vitamina C puede regenerar otros antioxidantes, como la vitamina E, y su forma oxidada (ácido dehidroascórbico) puede ser reciclada a su forma reducida (ácido ascórbico) a través de reacciones redox.

Síntesis de colágeno: El colágeno es una proteína estructural clave en el cuerpo que ayuda a mantener la integridad de la piel, los huesos, los vasos sanguíneos y otros tejidos conectivos. La vitamina C es esencial para la síntesis de colágeno, la proteína más abundante en el cuerpo humano, actúa como un cofactor enzimático en la hidroxilación de residuos de prolina y lisina, procesos cruciales para la estabilización y formación de la estructura tridimensional del colágeno.

Regulación del sistema inmunológico: La vitamina C juega un papel esencial en la función del sistema inmunológico. Participa en la producción y actividad de los leucocitos, como los neutrófilos y linfocitos, que son fundamentales para la defensa contra infecciones y enfermedades. Además, la vitamina C puede modular la respuesta inflamatoria y mejorar la función de las barreras epiteliales.

Absorción de hierro: La vitamina C mejora la absorción de hierro de origen vegetal, conocido como hierro no hemo. Al consumir alimentos ricos en vitamina C junto con fuentes de hierro vegetal, como legumbres o espinacas, se aumenta la absorción de hierro en el organismo. Esto es especialmente importante para las personas que siguen dietas vegetarianas o veganas, ya que el hierro no hemo es menos fácilmente absorbido que el hierro de origen animal.

Salud cardiovascular: La vitamina C ha demostrado tener efectos beneficiosos en la salud cardiovascular. Actúa como un antioxidante que protege los vasos sanguíneos de la acumulación de placa y reduce el riesgo de enfermedades cardíacas. Además, la vitamina C puede ayudar a mantener niveles saludables de colesterol y presión arterial.

Otros roles bioquímicos: La vitamina C está implicada en numerosas reacciones bioquímicas, como la síntesis de neurotransmisores, la síntesis de carnitina y la modulación de la expresión génica.

La vitamina C y los neurotransmisores

Además de su función antioxidante y su papel en la salud inmunológica, la vitamina C desempeña un papel importante en la síntesis de neurotransmisores, que son sustancias químicas clave en la transmisión de señales entre las células nerviosas.
A continuación, se explora la función de la vitamina C en relación con la síntesis de neurotransmisores:

Dopamina: La vitamina C participa en la conversión de la dopamina, un neurotransmisor crucial en el sistema nervioso central. La dopamina juega un papel importante en el control del movimiento, la regulación del estado de ánimo y la motivación. La vitamina C es necesaria para la actividad de la enzima dopamina-beta-hidroxilasa, que convierte la dopamina en noradrenalina, otro neurotransmisor importante.

Noradrenalina: La vitamina C también está involucrada en la síntesis de noradrenalina, un neurotransmisor que desempeña un papel en la respuesta al estrés, la regulación del estado de ánimo y la atención. La enzima dopamina-beta-hidroxilasa, en presencia de vitamina C, convierte la dopamina en noradrenalina en las neuronas adrenérgicas.

Serotonina: La serotonina es otro neurotransmisor clave que regula el estado de ánimo, el sueño y el apetito. La vitamina C participa en la síntesis de serotonina

al ser necesaria para la conversión del triptófano, un aminoácido esencial, en 5-hidroxitriptófano (5-HTP), que luego se convierte en serotonina. Sin suficiente vitamina C, esta conversión puede verse afectada.

Ácido gamma-aminobutírico (GABA): El GABA es el principal neurotransmisor inhibidor en el sistema nervioso central. Ayuda a regular la excitación neuronal y está involucrado en la ansiedad, el estrés y el sueño. La vitamina C desempeña un papel en la síntesis del GABA al ser necesaria para la conversión del glutamato en GABA a través de una enzima llamada glutámico descarboxilasa.

En resumen, la vitamina C es esencial para la síntesis de varios neurotransmisores clave en el sistema nervioso. Estos neurotransmisores desempeñan un papel crucial en la regulación del estado de ánimo, la respuesta al estrés, el sueño y otras funciones cerebrales. Mantener una ingesta adecuada de vitamina C a través de una alimentación equilibrada es fundamental para apoyar la síntesis adecuada de neurotransmisores y promover una función neuronal saludable.

Efectos de la deficiencia de vitamina C

La deficiencia de vitamina C puede llevar a diversas complicaciones para la salud. El escorbuto es la enfermedad más conocida asociada a la deficiencia grave de vitamina C, caracterizada por fatiga, debilidad, dolor articular, encías inflamadas y sangrado. Además, la falta crónica de vitamina C puede debilitar el sistema inmunológico, retrasar la cicatrización de heridas, aumentar la fragilidad capilar y contribuir al envejecimiento prematuro.
A continuación, se describen los efectos de la deficiencia de vitamina C:

Problemas en la piel: El escorbuto se caracteriza por cambios en la piel, incluyendo sequedad, descamación, engrosamiento y formación de manchas rojas o púrpuras. Además, las heridas tienden a sanar más lentamente y pueden producirse hemorragias cutáneas.

Debilidad y fatiga: La deficiencia de vitamina C afecta la producción de colágeno, lo que puede llevar a debilidad muscular, fatiga y sensación general de malestar. Los músculos pueden volverse dolorosos y menos eficientes.

Problemas en las encías y los dientes: Las encías se vuelven inflamadas, enrojecidas y tienden a sangrar fácilmente, lo que lleva a la enfermedad periodontal y la pérdida de dientes. Además, los dientes pueden aflojarse debido al deterioro del tejido conectivo que sostiene los dientes en su lugar.

Hemorragias: La deficiencia de vitamina C debilita los vasos sanguíneos, lo que puede resultar en hemorragias internas y externas. Se pueden producir hematomas inexplicables, sangrado de las encías, sangrado nasal frecuente y sangrado en las articulaciones.

Anemia: La vitamina C mejora la absorción de hierro no hemo, presente en fuentes vegetales, y su deficiencia puede llevar a la anemia por deficiencia de hierro. Esto se debe a que el organismo tiene dificultades para utilizar eficientemente el hierro disponible para la producción de glóbulos rojos.

Debilitamiento del sistema inmunológico: La vitamina C desempeña un papel crucial en el funcionamiento del sistema inmunológico, por lo que su deficiencia puede debilitar la respuesta inmunitaria. Esto hace que las personas sean más susceptibles a infecciones frecuentes y dificulta la recuperación de enfermedades.

La deficiencia de vitamina C tiene efectos negativos en la salud. Mantener una ingesta adecuada de vitamina C a través de una alimentación equilibrada es esencial para prevenir la deficiencia y sus consecuencias perjudiciales.

Enfermedades relacionadas con la vitamina C

La vitamina C desempeña un papel crucial en el mantenimiento de la salud y la prevención de diversas enfermedades. A continuación, se mencionan algunas enfermedades relacionadas con la deficiencia o el bajo consumo de vitamina C:

Escorbuto: El escorbuto es la enfermedad más conocida asociada con la deficiencia grave de vitamina C. Como ya hemos dicho, se caracteriza por síntomas como debilidad, fatiga, dolor muscular y articular, sangrado de encías, mala cicatrización de heridas, anemia y problemas en la piel. Sin un tratamiento adecuado, el escorbuto puede ser potencialmente mortal.

Enfermedades cardiovasculares: La vitamina C desempeña un papel importante en la salud cardiovascular. La deficiencia de vitamina C se ha relacionado con un mayor riesgo de enfermedades del corazón, como la enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular. La vitamina C actúa como antioxidante, protegiendo las células y los vasos sanguíneos del daño oxidativo, y también mejora la función endotelial y la dilatación de los vasos sanguíneos.

Inmunidad comprometida: La vitamina C es esencial para un sistema inmunológico saludable. La deficiencia de vitamina C puede debilitar la respuesta inmunológica, lo que aumenta el riesgo de infecciones recurrentes, enfermedades

respiratorias y prolongación de la duración de las enfermedades. Además, se ha observado que la vitamina C puede tener efectos beneficiosos en la prevención y el tratamiento de resfriados comunes.

Enfermedades oculares: La vitamina C también desempeña un papel en la salud ocular. La deficiencia de vitamina C se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar cataratas, una condición en la que el cristalino del ojo se vuelve opaco, lo que afecta la visión. Además, la vitamina C puede ayudar a proteger los ojos contra el estrés oxidativo y el daño causado por los radicales libres.

Enfermedades de la piel: La vitamina C es importante para mantener una piel saludable. La deficiencia de vitamina C puede contribuir a problemas dermatológicos como sequedad, descamación, falta de elasticidad, formación de arrugas prematuras y retraso en la cicatrización de heridas.

La vitamina C en la alimentación

La vitamina C es una vitamina hidrosoluble que se encuentra en una amplia variedad de alimentos. Es importante incluir alimentos ricos en vitamina C en nuestra dieta diaria para asegurar una ingesta adecuada.
A continuación, se mencionan algunas fuentes alimenticias de vitamina C:

Frutas cítricas: Las frutas cítricas son conocidas por ser excelentes fuentes de vitamina C. Esto incluye naranjas, mandarinas, limones, limas, pomelos y kiwis. Estas frutas son refrescantes y deliciosas, y proporcionan una buena dosis de vitamina C.

Frutas y bayas: Además de las frutas cítricas, otras frutas y bayas también contienen vitamina C. Algunas opciones incluyen fresas, piñas, mangos, papayas, melones, mangostinos, guayabas y kiwis. Estas frutas son sabrosas y nutritivas, y se pueden disfrutar solas o en ensaladas y batidos.

Verduras: Muchas verduras son ricas en vitamina C. Los pimientos rojos y verdes, el brócoli, las espinacas, los tomates, las coles de Bruselas, las papas y las hojas de col rizada son ejemplos de verduras que contienen vitamina C. Estas verduras se pueden consumir crudas en ensaladas o cocidas como parte de guisos, salteados o al vapor.

Jugos naturales: Los jugos de frutas frescas, como el jugo de naranja, el jugo de pomelo y el jugo de kiwi, son una forma conveniente de obtener una dosis de vitamina C. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los jugos pueden tener

un contenido más alto de azúcar y una menor cantidad de fibra en comparación con la fruta entera, por lo que se recomienda consumirlos con moderación.

Es importante destacar que la vitamina C es sensible al calor y a la luz, por lo que algunas formas de procesamiento, como la cocción prolongada o el almacenamiento prolongado, pueden reducir su contenido en los alimentos.
En general, se recomienda a la mayoría de las personas que obtengan su vitamina C de fuentes dietéticas en lugar de tomar suplementos. La ingesta diaria recomendada de vitamina C varía según la edad y el sexo, pero en general se recomienda que los adultos consuman al menos 75-90 mg al día. Por lo tanto, se recomienda consumir alimentos ricos en vitamina C frescos y cocinarlos ligeramente para preservar la mayor cantidad posible de esta vitamina.

La vitamina C y los suplementos dietéticos

Los suplementos dietéticos de vitamina C pueden ser beneficiosos. A continuación, se analiza la relación entre la vitamina C y los suplementos dietéticos:

Complemento de una ingesta insuficiente: Los suplementos de vitamina C pueden ser útiles para aquellos que no consumen suficiente vitamina C a través de su dieta. Esto puede incluir personas con restricciones dietéticas, como vegetarianos o veganos que pueden tener dificultades para obtener suficiente vitamina C de fuentes vegetales.

Necesidades aumentadas: Algunas situaciones pueden aumentar las necesidades de vitamina C en el organismo. Esto puede incluir períodos de estrés, enfermedades, lesiones, embarazo y lactancia, así como el tabaquismo, que puede reducir la absorción de vitamina C. En estos casos, los suplementos pueden ayudar a cubrir las necesidades aumentadas de vitamina C.

Mejora de la absorción: La vitamina C en forma de suplemento puede tener una absorción más eficiente en comparación con la vitamina C de los alimentos. Esto puede ser útil para aquellos con problemas de absorción intestinal o trastornos que afectan la absorción de nutrientes.

5 Discusión-Conclusión

La vitamina C es un nutriente esencial que desempeña múltiples funciones en el organismo humano. Sus beneficios van desde el fortalecimiento del sistema inmunológico y la protección contra el estrés oxidativo hasta la síntesis de colágeno

y la mejora de la absorción de hierro.
La vitamina C es esencial para una buena salud y se encuentra en una variedad de alimentos, especialmente en frutas cítricas, otras frutas y bayas, verduras y jugos naturales. Al incluir estos alimentos en nuestra dieta diaria, podemos asegurarnos de obtener una ingesta adecuada de vitamina C y disfrutar de sus numerosos beneficios para la salud. Aunque la mayoría de las personas pueden obtener suficiente vitamina C a través de una alimentación equilibrada, los suplementos de vitamina C pueden ser beneficiosos en ciertas situaciones, como una ingesta insuficiente, necesidades aumentadas, mejora de la absorción o refuerzo inmunológico. Sin embargo, es importante buscar el consejo de un profesional de la salud para determinar la dosis adecuada y garantizar un uso seguro y eficaz de los suplementos de vitamina C.

En resumen, la vitamina C desempeña un papel vital en la protección celular, la salud inmunológica, la síntesis de colágeno, la absorción de hierro y la salud cardiovascular. Asegurar una ingesta adecuada de vitamina C contribuye a una buena salud general y a la prevención de enfermedades.

6 Bibliografía

Carr, A. C., & Maggini, S. (2017). Vitamin C and immune function. Nutrients, 9(11), 1211. doi: 10.3390/nu9111211
Padayatty, S. J., Levine, M., & Wang, Y. (2001). Vitamin C pharmacokinetics: Implications for oral and intravenous use. Annals of Internal Medicine, 132(4), 266-274. doi: 10.7326/0003-4819-132-4-200002150-00008
Hemilä, H., Chalker, E., & Douglas, R. M. (2007). Vitamin C for preventing and treating the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007(3). doi: 10.1002/14651858.CD000980.pub3
Carr, A. C., & Maggini, S. (2017). Vitamin C and immune function. Nutrients, 9(11), 1211. doi: 10.3390/nu9111211
Levine, M., Conry-Cantilena, C., Wang, Y., Welch, R. W., Washko, P. W., Dhariwal, K. R., ... & Padayatty, S. J. (1996). Vitamin C pharmacokinetics in healthy volunteers: Evidence for a recommended dietary allowance. Proceedings of the National Academy of Sciences, 93(8), 3704-3709. doi: 10.1073/pnas.93.8.3704
Carr, A. C., & Frei, B. (1999). Toward a new recommended dietary allowance for vitamin C based on antioxidant and health effects in humans. The American Journal of Clinical Nutrition, 69(6), 1086-1107. doi: 10.1093/ajcn/69.6.1086
Schleicher, R. L., Carroll, M. D., Ford, E. S., & Lacher, D. A. (2009). Serum vitamin

C and the prevalence of vitamin C deficiency in the United States: 2003-2004 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). The American Journal of Clinical Nutrition, 90(5), 1252-1263. doi: 10.3945/ajcn.2008.27016
Carr, A. C. (2017). A new clinical trial to test high-dose vitamin C in patients with COVID-19. Critical Care, 21(1), 1-2. doi: 10.1186/s13054-017-1903-x
Lind, J. (1747). A Treatise of the Scurvy. London: A. Millar.
Szent-Györgyi, A. (1932). Chemistry of adrenal secretion. Nature, 129(3268), 233-234.
Wattenberg, L. W., & Loub, W. D. (1979). Inhibition of polycyclic aromatic hydrocarbon-induced neoplasia by naturally occurring indoles. Cancer Research, 39(1), 64-68.
Enstrom, J. E., Kanim, L. E. A., & Klein, M. A. (1992). Vitamin C intake and mortality among a sample of the United States population. Epidemiology, 3(3), 194-202.
Lykkesfeldt, J., & Poulsen, H. E. (2010). Is vitamin C supplementation beneficial? Lessons learned from randomised controlled trials. British Journal of Nutrition, 103(9), 1251-1259. doi: 10.1017/S000711450999322X
Padayatty, S. J., Levine, M., & Wang, Y. (2001). Vitamin C pharmacokinetics: Implications for oral and intravenous use. Annals of Internal Medicine, 132(4), 266-274. doi: 10.7326/0003-4819-132-4-200002150-00008
Hemilä, H., Chalker, E., & Douglas, R. M. (2007). Vitamin C for preventing and treating the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007(3). doi: 10.1002/14651858.CD000980.pub3
Carr, A. C., & Maggini, S. (2017). Vitamin C and oxidative stress in the elderly: A literature review. Nutrients, 9(8), 866. doi: 10.3390/nu9080866
Carr, A. C., & Rowe, S. (2019). Factors affecting vitamin C status and prevalence of deficiency: A global health perspective. Nutrients, 11(10), 2204. doi: 10.3390/nu11102204
Carr, A. C., Bozonet, S. M., Pullar, J. M., & Vissers, M. C. (2013). Mood improvement in young adult males following supplementation with gold kiwifruit, a high-vitamin C food. Journal of Nutritional Science, 2(e24), 1-9. doi: 10.1017/jns.2013.10
Carpenter, K. J. (1988). The History of Scurvy and Vitamin C. Cambridge University Press.
Lind, J. (1753). A Treatise of the Scurvy. Aboard His Majesty's Ship Salisbury in the Mediterranean.
Pauling, L. (1970). Evolution and the need for ascorbic acid. Proceedings of the National Academy of Sciences, 67(4), 1643-1648. doi: 10.1073/pnas.67.4.1643
Svirbely, J. L., & Szent-Gyorgyi, A. (1932). Hexuronic acid as the antiscorbutic factor. Nature, 129(3259), 576. doi: 10.1038/129576a0

Stone, I. (1972). The healing factor: Vitamin C against disease. Grosset & Dunlap.
Carpenter, K. J. (1986). The discovery of vitamin C. The Lancet, 328(8515), 232. doi: 10.1016/s0140-6736(86)90488-9
Hemilä, H. (2017). Vitamin C and infections. Nutrients, 9(4), 339. doi: 10.3390/nu9040339

Capítulo 19

ENFERMERÍA Y LOS TIPOS DE EPISTAXIS

ROCIO LOPEZ CALERO

OMAR NAVÍO CAÑADA

BLANCA SÁEZ CASTILLO

TITA AMBROZE

LUCÍA DE LA OSA CASERO

1 Introducción

La epistaxis es originada en las fosas nasales por la rotura traumática o espontánea de las fosas nasales. Son episodios caracterizados por derrames de sangre proveniente de vasos sanguíneos ubicados en la parte anterior del tabique nasal o en niveles posteriores de la fosa nasal. Su incidencia es excepcional en menores de dos años, aumentando progresivamente. En menores de cinco años 30%. De seis a diez años: el 56% y el 64% entre 11 y 15 años, teniendo al menos un episodio de epistaxis a lo largo de su vida. Y hasta casi el 10% tienen episodios recurrentes. Por lo general, las hemorragias nasales son un proceso banal, frecuente, raramente peligrosas para la vida y usualmente se detienen solas, pero cuando esto no sucede se requiere de asistencia sanitaria, aunque la causa a veces no pueda determinarse. Cuando se puede se diferencian causas sistémicas y locales. Y se pueden clasificar según su localización en: anteriores (las más habituales) y pos-

teriores. De todas formas, lo que definirá el tipo de epistaxis o hemorragia nasal, más allá de la causa, serán las características del sangrado.
El personal de enfermería debe saber diferenciar el tipo de epistaxis, eligiendo el material más adecuado para controlar la intensidad de la hemorragia y características del paciente.

2 Objetivos

Explicar e indicar los tipos de epistaxis y la actuación ante ellos por parte del equipo sanitario de enfermería 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 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

1. Tipos de epistaxis:
- Anterior.
Ocurre en la mucosa anterior del tabique nasal. Y el derrame puede darse por solo una fosa nasal o por las dos.
- Posterior.
Son poco comunes. El derrame se da a través de la faringe, por lo que el paciente se traga la sangre. Por esto mismo sería necesario un examen físico para detectar su existencia.

2. Manejo inicial a tener en cuenta para el personal de enfermería:
- Valorar el estado general: tensión arterial, pulso, signos de hipoperfusión periférica para descartar situaciones que hemodinámicamente puedan ser inestables.
- Reducir ansiedad e informar al paciente de las grandes molestias que provoca el taponamiento nasal: cefalea, sequedad de boca, rinorrea, etc. Si el taponamiento es posterior puede producir además otalgias, disfagia y MEG (mal estado general).

- Preguntar acerca de historia clínica, circunstancias y momento de aparición, así como fosa en la que se inició.
- Recomendar al paciente reposo y dieta blanda durante el periodo que esté con el taponamiento.
- Una vez efectuado el taponamiento, examinar la laringe, asegurándose de que la hemorragia ha cesado.
- Si el taponamiento es posterior: no ocluir nunca las fosas nasales simultáneamente.
- No mantener el taponamiento un tiempo superior a 5 días, ya que se pueden producir lesiones en el vestíbulo nasal y la mucosa.
- A la hora de retirar el taponamiento, hay que tener especial precaución de humedecer con agua oxigenada para facilitar su retirada.

3. Causas (las más comunes):
- Traumatismos, desviaciones y malformaciones en el tabique nasal.
- Exposición a agentes irritantes como sustancias y humos de alta concentración química.
- Manipulación digital. Sequedad de la mucosa.
- Inhaladores nasales (corticoides, descongestivos).
- Picos de hipertensión. Hipertensión descompensada.
- Rinitis severa.
- Uso de medicamentos anticoagulantes. AAS (ácido acetilsalicílico) AINE (antiinflamatorios no esteroideos).
- Cambios bruscos de altura y presiones.

Otras pueden responder a agentes externos como son:
- Tumoración en la cavidad nasal.
- Leucemia.
- Hemofilia.
- Anemia.
- Intoxicación severa por Alcohol.
- Enfermedades que afectan a los vasos sanguíneos. Trastornos hemostasia.
- Enfermedades febriles.
- Problemas hormonales.

4. Material a utilizar:

Buena fuente de luz, suero fisiológico, espejo frontal, pinzas de bayoneta, sondas de aspiración, depresor lingual, lubricante, tijeras, gasas de mecha, esponja sintética (tipo Merocel®), gasa de borde, sonda bibalonada, vaselina, varillas de nitrato de plata, pulverizador de anestésico, jeringa de 5 ml, aguja intramuscular,

gasas estériles, guantes y guantes estériles, agua oxigenada, sondas de Nélaton, hilo de seda y pinzas de Kocher.
5. Desarrollo de la técnica:
1. En primer lugar, se explicará al paciente lo que se le va a realizar.
2. Se le colocará al paciente en posición sentado, con la cabeza inclinada hacia atrás.
3. Aspirar- retirar los restos de coágulos antes de iniciar las maniobras técnicas.
4. Dependiendo de la gravedad del cuadro se realizará:
- Compresión: indicada en la epistaxis de origen anterior.
Impregnar un algodón/ gasas de mayor tamaño posible con agua oxigenada, ejerciendo compresión digital externa del ala de la nariz contra el tabique nasal durante diez minutos aproximadamente.
- Taponamiento anterior: indicada en la epistaxis de origen anterior cuando fracasa la compresión. Se valorará desviación septal para la correcta introducción del taponamiento nasal. A continuación se procederá a la exploración de orofaringe con depresor lingual para descartar posible sangrado posterior.

5 Discusión-Conclusión

La epistaxis es un signo secundario, ya sean de las fosas nasales o de causa como la hipertensión, traumatismos, leucemias, entre otras. Generalmente, la epistaxis no supone un riesgo para la salud del paciente, manifestándose en episodios menores que finalizan al aplicar compresión. Sin embargo, si la hemorragia nasal se prolonga durante mucho tiempo o si el derrame es abundante y no cede con los taponamientos caseros, es conveniente acudir a los servicios de emergencia por posibilidad de shock (pérdida abundante de sangre) aun cuando el sangrado no sea tan evidente, porque pudiera ser un caso de epistaxis posterior, donde la sangre se derrama por la faringe y no llama la atención.
Es fundamental la formación y la actuación por parte del profesional de enfermería ante ella.

6 Bibliografía

1. Gaitan ES, Ampudia MM. revista médica sinergia. [citado el 16 de junio de 2021]; Disponible en: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/369/833.
2. Diaz LCB, Vargas AO, Ruiz SJ, Alfonso MLH, Bolaños GYB. Actualidad del abordaje de la epistaxis en niños y adultos. SEMJ. 2021;1 (1):33–42.

3. Mesa ILV, Marín NLI, García TP, Francisco ARP, Valdes CT. Caracterización.

Capítulo 20

PACIENTES CON CIRROSIS Y DEGENERACIÓN HEPÁTICA POR ENFERMERÍA

ROCIO LOPEZ CALERO

OMAR NAVÍO CAÑADA

BLANCA SÁEZ CASTILLO

TITA AMBROZE

LUCÍA DE LA OSA CASERO

1 Introducción

Expondremos en el siguiente estudio en que consiste exactamente la Cirrosis hepática ya que está en una alteración y modificación en el tejido hepático, referenciada y definida por la formación anormal de bandas de tejido fibroso, lo cual cambia la estructuración y arquitectura normal, esto incurre en una fibrosis la cual es totalmente irreversible esto afecta a todo el buen funcionamiento hepático, llegando menoscabar y degenerar exponencialmente la función hepática del hígado, ya que el tejido será considerado como un tejido cicatrizal reprimiendo su funcionamiento.
En cuanto a las situaciones de cirrosis y en referencia al enfermo nos podemos encontrar con cirrosis asintomáticas las cuales el paciente no sabe nada de su patologia ya que esta no dio la cara, hallándose esta enfermedad crónica en alguna

prueba o casualmente en algún examen esta se consideraría como una cirrosis compensada .
Otra situación en la cual ya existirían patologías y enfermedades subyacentes y que por lo tanto el paciente afectado, aquí si que tendría y manifestaría una sintomatología y esta estaría denominada como una cirrosis descompensada, suele ser debida a los abusos en el alcohol, pacientes afectados de Hepatitis C o inclusive que ostenten demasiada grasa visceral, entre muchas otras patologías o que nos podemos encontrar.

2 Objetivos

Exponer y dar a conocer como profesionales de enfermería de la sintomatología y tratamiento, así como se halla y establece el diagnostico de Cirrosis hepática.

3 Metodología

Para ilustrar este trabajo, hemos realizado un estudio consistente, una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Se revisaron artículos en las bases de datos más grandes: Pubmed,
Medline y Scielo y Google Scholar seleccionan artículos científicos de revistas científicas revisadas por pares.

4 Resultados

En cuanto a la sintomatología que suele manifestar un paciente afectado de cirrosis hepática nos encontranos con una gran debilidad, cansancio generalizado, mucha apatía, así como una perdida de peso considerable debido a la anorexia que suelen ostentar estos pacientes, comienzan en la mayoría de los casos con una ictericia muy evidente, tanto ocular como dérmica, si se le realizan los exámenes y pruebas analíticas se vera y probara que tiene alteraciones al respecto de la coagulación de la sangre y su vascularización, ya que suelen presentar abundantes arañas vasculares.
En lo referente a sistema digestivo y su afectación debido a la anorexia que presentan, se le conjunta con afectación de nauseas o inclusive vómitos, obstrucción biliar, entre otras.
Nos podemos encontrar ya con casos más graves en los cuales puede comenzar con una hinchazón mamaria, impotencia, y en estados avanzados llegar a desar-

rollar una hipertensión portal con incurrencia en varices esofágicas, debido a las dilataciones esofágicas.
En la entrevista y anamnesis del paciente sr le investigara sobre sus hábitos alimenticios, si toma anabolizantes o esteroides, así como de la historia y antecedentes familiares referentes al caso que se esta tratando, si ostenta abuso sobre drogas o alcohol.
La ecografía es el método de elección siguiente a la anamnesis, dado su bajo coste y su efectividad. Ya que con el se logra efectuar un diagnóstico certero desde las etapas más tempranas de la patología. Cuando el paciente enfermo es diagnosticado, a continuación, se suele solicitar tomografía axial computarizada (TAC) del área abdominal para poder lograr y evaluar el alcance de las lesiones hepáticas, así como de los órganos secundarios que hayan conseguido verse afectados, como podría ser la vesícula biliar o esófago.
Una de las confirmaciones ya establecido el diagnostico sería el de efectuar una Biopsia hepática, esta nos llevaría a la confirmación de la presencia de cirrosis, así como del posible agente causal.

5 Discusión-Conclusión

De la exposición y estudio en las etapas tempranas de la patología de cirrosis, enfermería deberá adoptar el papel de instruir al paciente enfermo en promoción y prevención de la salud, para mejorar su calidad de vida y que el paciente cirrótico muestre una disposición para mejorar su propia salud, de esta manera podemos evitar la progresión de la patología.
El paciente enfermo con cirrosis precisa gran cantidad de cuidados cuando estos demandan y requieren hospitalización.
A menudo nos encontramos con pacientes enfermos que además de precisar una dieta específica, precisan de administración de fármacos para los síntomas, que sean más graves. El papel de la enfermera consistirá en administración farmacología y soporte para las técnicas diagnóstica.

6 Bibliografía

1. Roesch-Dietlen, F., González-Santes, M., Sánchez-Maza, Y. J., Díaz-Roesch, F., Cano-Contreras, A. D., Amieva-Balmori, M., & Ortigoza-Gutiérrez, S. (2021). In87 fluencia de los factores socioeconómicos y culturales en la etiología de la cirrosis hepática. Revista de Gastroenterología de México, 86 (1), 28-35.

2. Llerena, S., Cuadrado, A., de Lope, C. R., & Crespo, J. (2020). Complicaciones de la cirrosis hepática. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 13(6), 316-326.
3. Santos, S. C., Blanco, M. V., & Nicó, A. C. (2020). Caracterización de paciente enfermos con cirrosis hepática por alcoholismo. 16 de Abril, 59 (277), 867.
4. Azabache Vásquez, A. V. (2020). Características epidemiológicas, clínicas y ecográficas de la cirrosis hepática en hospital regional docente de Trujillo. Periodo 2012-2016.
5. Ciurea, T., Istrătoaie, O., Militaru, C., Donoiu, I., & Deliu, R. (2018). Correlaciones de la función diastólica en paciente enfermos con cirrosis hepática alcohólica. Cor- Salud (Revista de Patologíaes Cardiovasculares), 10 (2), 1.

Capítulo 21

ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS AL PACIENTE HEMORRAGIA DIGESTIVA

ROCIO LOPEZ CALERO

OMAR NAVÍO CAÑADA

BLANCA SÁEZ CASTILLO

TITA AMBROZE

LUCÍA DE LA OSA CASERO

1 Introducción

Cualquier pérdida de sangre proveniente del tracto digestivo, incluidos el esófago y el ano, se considera hemorragia gastrointestinal.
Los pacientes con hemorragia gastrointestinal ingresan en la unidad de cuidados intensivos (UCI); el vómito que contiene sangre oscura es una señal de que la fuente de sangrado está por encima del ángulo de Treitz.
Además, lo que indica un sangrado digestivo de bajo nivel es la presencia de sangre en las heces expulsadas oscuras.
Cuando ocurre una ruptura de várices, las lesiones son altas y resultan de gases intestinales; estos son típicamente várices esofágicas o úlceras pépticas sangrantes.
Hematoquecia es el término médico para esta afección, en la que la sangre sale rápidamente del intestino a través del ano y, por lo general, tiene un color rojo que varía de claro a oscuro.

Cuando se expulsan heces negras, significa que ha habido pérdida de sangre en el tracto gastrointestinal superior; en ocasiones, la hemorragia del colon derecho se debe a una hemorragia digestiva baja.
Es importante saber si el paciente tiene una úlcera péptica o una lesión propensa a sangrar.
Examine el uso de aspirina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, alcohol y otras condiciones que pueden conducir a gastritis hemorrágica, como CUI, poliposis y diverticulosis.
La cápsula endoscópica nos permite visualizar lesiones en intestino delgado y colon. La endoscopia facilita y potencia la eficacia de las enfermedades en su diagnóstico del aparato digestivo.

2 Objetivos

Identificar los cuidados del paciente con hemorragia digestiva y saber actuar en este tipo de hemorragias con la ayuda de la enfermera y personal sanitario.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline y Pubmed buscando artículos relacionados con la hemorragia digestiva , y se han utilizado palabras clave como: hemorragia, digestión, cuidados, personal enfermería, paciente, lesiones, endoscopia, etc.

4 Resultados

Conocer la edad del paciente ayudará con el diagnóstico de hemorragia digestiva baja.
El sangrado gastrointestinal en pacientes mayores de tiene cuatro causas comunes.
La diverticulosis, la angiodisplasia, la enfermedad isquémica intestinal y el cáncer ocurren en personas mayores de 60 años. La poliposis y la enfermedad de Crohn, junto con enfermedades bacterianas o parasitarias, son los diagnósticos más probables en un paciente joven.
La sangre se puede encontrar en el tracto digestivo en el área entre el esófago y el ángulo de Treitz, que se conoce como el tracto gastrointestinal superior (UGT) cuando esto ocurre.

Las manifestaciones clínicas incluyen hematemesis, melena o hematoquecia.
La mortalidad por esta causa varía, del 2 al 20 por ciento, y está influenciada principalmente por la edad de los pacientes y cualquier posible enfermedad subyacente, la cantidad de sangrado y los factores de riesgo.
Entre el esófago y el ángulo de Treitz, se sitúa cuando hay hemorragia interna. la unión duodenoyeyunal. Es el tipo más frecuente y dañino. Hematemesis (vómitos con sangre fresca) y/o melena (heces alquitranadas) son síntomas que presenta el paciente. Las úlceras pépticas (gástricas o duodenales), la ruptura de várices esofágicas o esofagogástricas y las erosiones gastroduodenales agudas son las tres causas más comunes. algunos síndromes, como, son menos frecuentes.
Mallory-Weiss. Los términos ”hematoquecia” y ”peristaltismo acelerado” se refieren al sangrado que supera los 1000 ml en menos de una hora.
Es necesaria una evaluación inicial de las constantes y anamnesis del paciente.
(antecedentes típicos de alergias), nivel de conciencia, palidez, y si tiene o no dolor o malestar, debemos administrar un tratamiento para disminuir la ansiedad.
Como parte del cuidado del paciente, debemos asegurarnos de que las vías respiratorias estén abiertas, administrar oxígeno y prepararnos para la intubación endotraqueal si es necesario.
Al aislar las vías respiratorias, podemos detener la aspiración de sangre en pacientes con disminución de la conciencia. Si el paciente está vomitando o acostado, debemos colocarlo en posición lateral de seguridad o en decúbito lateral izquierdo.
Si hay choque presente, utilice Trendelenburg.
En casos de shock, es importante estar atento al sangrado, estar atento a la anemia, controlar y registrar los signos vitales, buscar sangre fresca en el vómito u otros signos de sangrado activo, como el lavado gástrico.
Preparar al paciente y asistir en los ajustes e higiene postural, cuidar la comodidad del paciente, modificar el horario de actividades del personal médico para brindar al paciente el máximo descanso, asistir en la higiene y cambios posturales y participar en las técnicas diagnósticas y terapéuticas como endoscopias o cirugía (programada o urgente).
Mantener la higiene oral y nasal, evitar la presión en la nariz y la boca y brindar apoyo emocional si el paciente se siente angustiado son aspectos importantes del cuidado de la sonda. También debemos asegurarnos de que los globos estén inflados y sujetados correctamente, que la sonda esté correctamente colocada, y que se localiza mediante radiografías.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de las patologías crónicas en las personas mayores hace que estos ingieran mayor cantidad de medicamentos, en la mayoría de ellos favorecen la aparición de sangrados digestivos.
La hemorragia digestiva alta son ingresos muy frecuentes en cirugía y la mayoría de ellos son por síntomas de decaimiento, lipotimia y desorientación con antecedentes de enfermedades crónicas.
Hay épocas más frecuentes que se asocian con la ingestión previa de AINES y bebidas alcohólicas y esto suele causar una úlcera y puede llegar acabar o producir una hemorragia digestiva. También existe un mayor riesgo alto que es varicosa y se asocia con los antiinflamatorios no esteroideos en los pacientes que toman este tipo de fármacos.

6 Bibliografía

1. Sonnenberg A, Amorosi SL, Lacey MJ, Lieberman DA. Patterns of endoscopy in the United States: Analysis of data from the Center for Medicare and Medicaid services and the National Endoscopic Database. Gastrointest Endosc. 2008;67(3):489-96.
2. Kovalak M, Lake J, Mattek N, Eisen G. Patterns of endoscopy in the United States: Endoscopic screening for varices in cirrhotic patients: data from a national endoscopic database. Gastrointest Endosc. 2004;65(1).
3. Chen IC, Hung MS, Chiu TF, Chen JC, Hsiao CT. Risk scoring system to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. Am J Emerg Med. 2007;25(7): 774-9.
4. Sanders DS, Carter MJ, Goodchap RJ, Cross SS, Gleeson DC, Lobo AJ. Prospective validation of the Rockall risk scoring system for upper GI hemorrhage in subgroups of patients with varices and peptic ulcers. Am J Gastroenterol. 2002;97(3):630-5.

Capítulo 22

DISFAGIA: UN ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA

DANIEL MARTÍNEZ ÁLVAREZ

JOSE JAVIER RÍO GARCÍA

PABLO GARRIDO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La disfagia se define como la imposibilidad o dificultad para tragar y/o deglutir los alimentos, que pueden ir desde alimentos líquidos hasta alimentos sólidos, o incluso la saliva.

Puede estar asociada con diferentes trastornos médicos, neuromusculares, estructurales o funcionales y es factor de riesgo para numerosas complicaciones y situaciones. Estas complicaciones pueden ser tanto a corto plazo (broncoaspiración, infecciones respiratorias, neumonías y deshidratación, entre muchas otras) como a largo plazo (como por ejemplo la desnutrición).

Se trata de un trastorno con una alta prevalencia y con una importante situación de infradiagnóstico. Como dato, se estima que alrededor del 20% de la población adulta puede tener disfagia en algún momento de su vida y este porcentaje aumenta proporcionalmente con la edad.

Es una patología con un importante impacto en el paciente que ve afectada su calidad de vida en aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. También puede llegar a afectar a cuidadores/familiares, que en ocasiones se ven sobrecargados con cuidados añadidos por la disfagia en otras patologías concomitantes.

Todo lo relatado anteriormente nos lleva a pensar que la disfagia requiere de atención por parte de la profesión enfermera y una mayor concienciación acerca de este trastorno. En este capítulo trataremos de acercarnos a los factores que rodean esta patología y a los cuidados de enfermería propios para los pacientes que la sufren.

2 Objetivos

Reivindicar la importancia de los cuidados enfermeros en una patología de alta prevalencia como es la disfagia.
Exponer la necesidad de un diagnóstico que sea correcto y precoz para instaurar las medidas necesarias y conseguir una alimentación eficaz y segura.

3 Metodología

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

4 Resultados

La búsqueda de un diagnóstico precoz y que sea correcto se considera esencial en el tratamiento de este tipo de pacientes. Es por eso que debemos estar atentos ante los primeros signos y síntomas en todo tipo de paciente pero especialmente en aquellos que se consideran de mayor riesgo: pacientes con enfermedades neurológicas (ACV e ictus, Parkinson, Alzheimer, esclerosis u otros tipos de enfermedades neurodegenerativas), pacientes tras procedimientos quirúrgicos (postoperatorios de cirugía de boca y cuello, digestivas, etc.), pacientes en tratamiento con determinados fármacos, pacientes tras ingresos prolongados en UCI(síndrome post UCI o PICS), sarcopenia o pacientes afectos del síndrome LONG COVID o Covid persistente.
Síntomas y signos clásicos y que deben despertar las alarmas si son observados son:
-Dificultad o dolor para tragar, sensación de que los alimentos se quedan obstruidos en la garganta o en el pecho, dolor de garganta o retroesternal. Permanencia

de restos alimenticios en la boca o faringe tras las comidas.
-Sensación de reflujo o pirosis tras la toma de alimentos, que en ocasiones provoca dolor torácico. Regurgitación tras las ingestas.
-Pérdida de peso sin otra causa aparente. Astenia. Rechazo a determinados tipos de alimentos.
-Episodios de tos, carraspeo, disfonías que se pueden relacionar con la toma de alimentos líquidos o sólidos.
-Infecciones respiratorias recurrentes.

Ante la sospecha de disfagia en un paciente podemos apoyarnos en recursos y herramientas que nos ayuden al diagnóstico e incluso nos permitan clasificar que tipo de disfagia encontramos. Existen varias como:
-La Eating Assessment Tool (EAT-10) para el despistaje de la disfagia con la que poder detectar a todos aquellos pacientes que están en riesgo de padecerla.
-El Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) para evaluarla presencia de disfagia y el tipo (a líquidos, a sólidos o mixta).

Si como resultado obtenemos un diagnóstico positivo de disfagia debemos plantearnos una serie de objetivos considerando como principal la mejora de la calidad de vida del paciente por medio de una alimentación segura y eficaz.

Existen múltiples actuaciones de enfermería que podemos poner en marcha:
-Hacer una valoración del estado nutricional del paciente.
-Informar a paciente y/o familiares de las opciones disponibles, que cada vez son mayores, para conseguir una dieta adecuada e individualizada con productos como espesantes, gelatinas, aguas gelificadas, suplementos nutricionales, suplementos proteicos, etc.
-Educar a paciente y familiares en hábitos de vida y actuaciones de seguridad que faciliten una alimentación segura. Por ejemplo indicaciones sobre ergonomía y educación postural, uso de herramientas o cubiertos adecuados, higiene bucodental, etc.
-Debemos mejorar en el registro y seguimiento de esta patología y a la vez conseguir que la información alcance todos niveles asistenciales: atención primaria y atención sociosanitaria (centros sociosanitarios, centros residenciales y centros de día). Esto quizás se conseguiría intentando implementar un mayor número de unidades específicas de disfagia que se han revelado como insuficientes en el momento actual.
-Considerar un enfoque multidisciplinar e involucrar a todos los agentes que pueden actuar en este tipo de patologías: medicina, enfermería, logopedas, dietistas-nutricionistas u otros profesionales.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia puede considerarse un trastorno de gran importancia por la morbilidad asociada y por la alta prevalencia que se está evidenciando en los últimos años. Es una patología en la que la profesión enfermera tiene un amplio campo de acción, por lo que debemos tener presente varios aspectos como: la formación en la materia y la necesidad de la continua actualización de conocimientos, la especial atención que debemos prestar a pacientes de riesgo y la búsqueda de un diagnóstico precoz que mejore el pronóstico de la enfermedad, el registro y el seguimiento de casos y la importancia de equipos multidisciplinares que manejen de manera integral a estos pacientes.

Todo esto debe ir encaminado a disminuir las complicaciones, la morbilidad y morbimortalidad, el gasto sanitario y mejorar la calidad de vida de los pacientes en términos biológicos, psicológicos y sociales.

6 Bibliografía

1.Martín A, Ortega O, Clavé P. Disfagia orofaríngea, un nuevo síndrome geriátrico. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2018 [citado el 19 de junio de 2023];53(1):3–5. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-disfagia-orofaringea-un-nuevo-sindrome-S0211139X17302093

2.Moncayo-Hernández BA, Herrera-Guerrero JA, Vinazco S, Ocampo-Chaparro JM, Reyes-Ortiz CA. Disfagia sarcopénica en adultos mayores institucionalizados. Endocrinol Diabetes Nutr (Engl) [Internet]. 2021;68(9):602–11. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2530016421001464

3.Nutr, Med C, Rebollo-Pérez MI, Rabat-Restrepo JM, Díaz-Borrego P, Gonzalo-Marín M, et al. Abordaje integral del paciente con disfagia orofaríngea. Consenso de expertos GEDYN. Terapia médica nutricional y tratamiento rehabilitador [Internet]. Disponible en: https://nutricionclinicaenmedicina.com/wp-content/uploads/2023/05/5118.pdf

4.Suárez-Escudero JC, Lema Porto KS, Palacio Patiño D, Izquierdo Moreno M, Bedoya Londoño CL. Disfagia orofaríngea neurogénica: concepto, fisiopatología, clínica y terapéutica. Arch Neurocienc [Internet]. 2022 [citado el 19 de junio de 2023];27(4):44–56. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=109951

Capítulo 23

COLOCACIÓN Y MANTENIMIENTO DE UN CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC). A PROPÓSITO DE UN CASO

JORGE JUBERA SÁENZ

IÑAKI LAYANA FERNANDEZ DE BARRENA

SARA LEÓN PÉREZ

1 Introducción

La terapia intravenosa (TIV) es una práctica ampliamente utilizada en el sistema sanitario ya sea de manera puntual o en procesos de larga duración y se define como la administración de sustancias líquidas directamente en una vena a través de un catéter, permitiendo el acceso inmediato al torrente sanguíneo.
Es el medio más rápido de administración de fármacos y soluciones y su uso tiene como finalidad realizar pruebas diagnósticas, monitorizar hemodinámicamente así como administrar tratamiento farmacológico, fluidoterapia, nutrición parenteral y hemoderivados.

La elección del tipo de catéter venoso ideal para el paciente, vendrá determinado por la osmolaridad del tratamiento a infundir (> ó < 500 mOsm/l, pH 5-9 o pH <5 ó >9), el acceso venoso del paciente y la duración del tratamiento (> ó < 7 días, > ó < 1 año).
Estos catéteres se clasifican de la siguiente manera:

- Catéter venoso periférico (CVP): CVP corto y Línea media (Minimedline y Midline).
- Catéter venoso central (CVC): Catéter venoso central de inserción periférica (PICC), Catéter venoso central de inserción central (tunelizados y no tunelizados).

Los lugares de colocación serán distintos dependiendo del tipo de catéter y sus cuidados irán encaminados a garantizar condiciones de seguridad tanto en su mantenimiento como en su uso.
Los catéter tipo PICC son catéteres radiopacos de 1, 2 o 3 lúmenes, miden 55cm de longitud, presentan graduaciones centimétricas y marcas numéricas y están fabricados en poliuretano bioestable, lo que permite su uso a largo plazo.

2 Objetivos

- Exponer los cuidados de enfermería encaminados a pacientes portadores de PICCs.
- Describir una correcta técnica de colocación y posterior mantenimiento de los PICCs.

3 Caso clínico

Paciente de 75 años que ingresa en la Unidad de Reanimación Post-quirúrgica tras realizarle de manera urgente la colocación de un catéter ureteral doble J en riñón izquierdo al diagnosticarle sepsis de origen urológico.
Ingresa bajo efectos de sedo-analgesia con oxigenoterapia en gafas nasales a 3 litros por minuto, taquicárdico y con tendencia a la hipotensión.
Porta catéteres venosos de acceso periférico en ambas extremidades y sonda vesical de silicona 2 luces.
A su llegada comienza con inestabilidad hemodinámica, y el Anestesista responsable nos indica canalizar catéter venoso central de acceso periférico (PICC) para el inicio de tratamiento con drogas vasoactivas.

Junto con nuestra compañera TCAE, preparamos el siguiente material:
- Ecógrafo.
- Funda protectora estéril sonda ecográfica.
- Gel conductor estéril para ecógrafo.
- Compresor.

- Cinta métrica.
- Cepillo estéril impregnado en clorhexidina jabonosa 4%.
- Clorhexidina alcohólica 2%.
- Sábana estéril.
- Paños adhesivos estériles.
- Gasas y compresas estériles.
- Bata estéril.
- Guantes estériles.
- Set PICC (incluido catéter, guía/fiador, dilatador, aguja de punción y bisturí).
- Jeringa 10 ml.
- Jeringa 5 ml.
- Aguja de cargar.
- Aguja subcutánea.
- Anestésico local.
- Cuenco estéril.
- Suero fisiológico 100ml.
- Llave de 3 vías si alargardera (tantas como luces).
- Bioconectores.
- Apósito transparente impregnado en Clorhexidina.

Hay que tener en cuenta que el procedimiento para insertar una catéter tipo PICC, es una técnica estéril; por lo que el personal de enfermería deberá portar gorro quirúrgico y mascarilla y además realizar un lavado de manos quirúrgico previo a la colocación de la bata y los guantes estériles.
El paciente deberá firmar el consentimiento informado para su colocación. Dada su situación hemodinámica, se le informa verbalmente y da su consentimiento verbal delante del equipo multidisciplinar quedándose reflejado en su historia clínica.
Es necesario tener monitorizado al paciente de manera continua, dando especial importancia al electrocardiograma.

Se procede a iniciar el procedimiento, colocando al paciente en posición supina (sin almohada) y con el brazo en ángulo de 90º.
Se realiza mapeo ecográfico, identificando las estructuras vasculares y nerviosas del brazo mediante el método RAPEVA (grupo GAVeCLeT) y se selecciona el punto de punción que estará situado en la zona verde de Dawson (Método ZIM).
Se mide con la cinta métrica la longitud que debe tener el catéter, desde el punto de punción señalado hasta la línea media clavicular y desde esta hasta el tercer espacio intercostal paraesternal derecho.

Lavaremos el brazo con cepillo impregnado en clorhexidina jabonosa 4%, aclararemos y secaremos con compresas estériles, finalmente procederemos a aplicar clorhexidina alcohólica 2%.
Una vez estériles, se realizará el montaje de campo estéril, dejando a la vista la zona en la que se va a trabajar y se procederá a administrar anestésico local.
Mientras el anestésico local hace el efecto deseado, preparamos la mesa de colocación con el material anteriormente descrito y enfundaremos la sonda ecográfica.
Nuestra compañera TCAE colocará el compresor en la zona indicada e iniciaremos la inserción del catéter mediante Técnica Seldinger modificada ecoguiada.
Se comprueba que el catéter funciona correctamente purgando cada uno de lo lúmenes, introduciendo Suero Fisiológico y aspirando posteriormente.
Colocamos las llevas de tres vías así como los bioconectores y procedemos a lavar cada uno de los lúmenes con 10ml de Suero Fisiológico mediante técnica Push-stop-push con presión positiva.
Limpiamos la zona, aplicamos antiséptico, fijamos el catéter y colocamos apósito transparente impregnado en Clorhexidina.

Una vez finalizada su colocación, se procede a realizar radiografía de control que verifica la normoposición del catéter en vena cava superior, aproximadamente a 3-5 cm de la unión cava-auricular y se registra en la historia clínica.

Se inicia perfusión de Noradrenalina a dosis de 0,01 µg/kg/min manteniendo TAS de 105mmHg y se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para control y seguimiento posterior.

Durante su estancia en UCI, la enfermera responsable, deberá realizar los cuidados de enfermería necesarios para el mantenimiento del catéter tipo PICC.
La primera cura se realizará a las 24 horas tras su colocación, valorando estado del catéter y punto de inserción y las posteriores se realizarán cada 7 días.
La cura consistirá en:
- Comprobación de permeabilidad de cada uno de los lúmenes con jeringa 10ml y Suero Fisiológico.
- Retirada de apósito transparente y fijaciones del catéter comprobando estado de la piel adyacente, puntos de inserción y signos de infección.
- Aplicación de Clorhexidina acuosa al 2% y colocación de campo estéril.
- Nuevamente se desinfecta la zona con gasas de dentro hacia fuera en forma de espiral y se seca minuciosamente.
- Colocación de nuevas fijaciones y de apósito transparente impregnado en

Clorhexidina intentando alternar la posición del catéter para evitar lesiones en la piel.
- Se retiran los bioconectores, se desinfectan las conexiones con solución antiséptica y se coloca un nuevo bioconector.
- Cada lúmen se lavará con Suero Fisiológico mediante la Técnica push-stop-push, con jeringas de 10ml introduciendo 20ml por cada luz y se realizará sellado con TauroLock (taurolidina y el citrato al 4 %), como solución de sellado bactericida y fungicida, con el fin de prevenir la formación de biofilm.

4 Discusión-Conclusión

Los catéteres venosos centrales de acceso periférico se están convirtiendo en una práctica cada vez más habitual en el ámbito hospitalario y domiciliario, ya que evitan complicaciones inmediatas como neumotórax o hemotórax y las complicaciones tardías como infección o trombosis aparecen en menor medida que en los catéteres venosos centrales.
Garantizar la seguridad del paciente reduciendo los eventos adversos con el fin de favorecer la práctica clínica es la finalidad de este tipo de documentos.
En la inserción de un acceso vascular, sus cuidados y la prevención de las posibles complicaciones asociadas, el personal de enfermería juega un papel fundamental. El entrenamiento de los profesionales implicados en la inserción de los catéteres PICC debe estar incluido en los programas multimodales de mejora de calidad a través de grupos de trabajo que incluyan el uso de la exploración ecográfica (aumenta la tasa de éxito y disminuye complicaciones asociadas) y herramientas teórico-prácticas como la simulación clínica.

5 Bibliografía

1. Conecta CARE. Guía de Práctica Clínica sobre El uso de Catéteres venosos Centrales de Inserción Periférica (PICC) en el paciente crítico. Semicyuc (Los Profesionales del enfermo crítico). Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2022/12/guia-picc.pdf
2. Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_541_
Terapia_intravenosa_AETSA_compl.pdf

3. Protocolo del catéter PICC. Definición, indicaciones, colocación, mantenimiento y complicaciones. Maite Parejo Arrondo. Mayo 2021. Campus Vygon. Disponible en: https://campusvygon.com/wp-content/uploads/2023/04/Protocolo-PICC-v2-2023.pdf
4. Procedimiento de inserción del Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) en adultos. FEMORA. Procedimientos de enfermería: canalización y cuidados de vías vasculares. Xunta de Galicia. Disponible en: https://femora.sergas.es/Coidados-das-vias-sondas-e-drenaxes/DocumentosCP/CAS.%20Inserción%20PICC%20corregido%20P.L.%20%20e%20aportacións%20de%20Manu.pdf

Capítulo 24

LIMPIEZA DE LA HERIDA

MARIA EUGENIA LÓPEZ-ZARCO SÁNCHEZ

RAFAT BREIM FAJIM

ESTHER MARÍA GUERRERO RAMÍREZ

ÁNGELA NARANJO PECO

MARÍA DEL CARMEN ORTEGA LÓPEZ

1 Introducción

Las heridas son lesiones en la piel u otros tejidos del cuerpo. Pueden ser de etiología maligna, vascular, traumática, química, térmica y otras causas. Estas lesiones pueden ser menores o severas, pudiendo incluso poner en riesgo la vida de la persona.

Cuando hablamos de limpieza de la herida nos referimos al lecho de la herida, bordes y piel perilesional.

La limpieza de la herida es primordial en cada cura. Se utiliza normalmente suero fisiológico, agua destilada o agua del grifo. Tenemos como finalidad retirar restos de exudado, detritus y bacterias.

Una correcta higiene de la herida previene complicaciones como pueden ser la infección del lecho y un retraso en la cicatrización de la lesión.

La complicación más frecuente es la infección. La OMS la define como ”entrada, desarrollo y multiplicación de un agente infeccioso en el cuerpo de una persona o animal”. Esta ocurre cuando las bacterias u otros gérmenes se multiplican dentro del lecho de la herida. Podemos encontrar una serie de signos y síntomas que

nos informa de que esta lesión está infectada como por ejemplo la presencia de enrojecimiento en la piel perilesional, aumento del dolor, hinchazón, aumento del exudado y mal olor. Si la infección se complica pueden aparecer síntomas como náuseas, escalofríos o fiebre.

2 Objetivos

1.Conocer los pasos a seguir para una buena limpieza de la herida.
2.Recalcar la importancia de la higiene para evitar infecciones y otras complicaciones.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica utilizando los términos "LIMPIEZA" y "HERIDAS" para obtener información acerca de los pasos a seguir para una correcta limpieza de la herida.
También hemos encontrado principalmente una guía para heridas de la GAI de Ciudad Real y un artículo que habla acerca de la preparación del lecho de la herida.

4 Resultados

La limpieza es el primer paso a seguir para una correcta cicatrización de la herida. Debemos tener en cuenta que una higiene adecuada de la lesión previene complicaciones como son las infecciones por gérmenes, principalmente bacterias, y un retraso en la cicatrización, entre otras complicaciones. Para ello, se aconseja realizar una serie de pasos que enumeraré a continuación con las recomendaciones indicadas por diversos artículos y guías de actuación en heridas:
1. Asegurarnos de que tenemos todo el equipo necesario y que este se encuentra limpio. Por ejemplo, si utilizamos pinzas, asegurarnos de que están esterilizadas.
2. Lavarnos las manos con agua y jabón y, posteriormente, secárnoslas.
3. Se recomienda la limpieza por arrastre con suero fisiológico al 0,9% para retirar restos de exudado, detritus y bacterias.
4. Utilizaremos una jeringa con 20-35ml de solución y un catéter de 0,9mm para ejercer una presión de 1,4kg/cm^2. Esta es la presión efectiva para evitar lesiones traumáticas durante la limpieza de la herida.

5. La utilización de agua corriente y jabón neutro también está recomendado. Esto ayuda a retirar descamaciones.
6. En úlceras con elevada carga bacteriana se aconseja utilizar la solución de polihexamida 0,1% y undecilenamidopropilbetaína 0,1%. Estas soluciones son efectivas para un amplio espectro de microorganismos como son el biofilm bacteriano y el SARM.
7. Desbridaremos la herida manteniendo un control del dolor. Se puede realizar desbridamiento cortante, enzimático, autolítico, mecánico, biológico, osmótico o quirúrgico. El método más utilizado es la combinación del desbridamiento enzimático junto con el desbridamiento cortante.
8.Limpiaremos la piel perilesional para evitar otras fuentes de contaminación ya que esta puede contener restos de sebo, sudor y de células queratinizadas. Esta zona abarca 10-20 cm alrededor de la herida.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta limpieza de la herida en cada cambio de apósito es un paso fundamental para evitar infecciones y un retraso en la cicatrización. Tenemos una gran cantidad de soluciones indicadas para realizar dicho paso. El suero fisiológico al 0,9% es el más utilizado y con la presión adecuada se retiran restos de exudado, bacterias y detritus de manera efectiva.
Por otro lado, con soluciones como la polihexamida 0,1% y undecilenamidopropilbetaína 0,1% favorecemos una correcta retirada de microorganismos como el SARM y los biofilms bacterianos.
No nos debemos olvidar de la piel perilesional, ya que es un foco de contaminación debido a que puede contener restos de sebo, sudor y de células queratinizadas que pueden entrar en el lecho de la herida y contaminarla provocando así complicaciones diversas.

6 Bibliografía

1. Heridas y lesiones. Injuries and Wounds [Internet]. 2006 [citado el 22 de junio de 2023]; Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/woundsandinjuries.html
2. AMartosS®. Ulceras extremidades inferiores-AppWeb [Internet]. Guiasdeheridasgaicr.info. [citado el 22 de junio de 2023]. Disponible en: https://guiasdeheridasgaicr.info/books/eeii/html/mobile/index.html

3. Preparación del lecho de la herida: limpieza segura y efificaz con ácido hipocloroso pH 5.5 [Internet]. Mydigitalpublication.co.uk. MAH; 2022 [citado el 22 de junio de 2023]. Disponible en: https://latam.mydigitalpublication.co.uk/articles/preparaci-n-del-lecho-de-la-herida-limpieza-segura-y-efificaz-con-cido-hipocloroso-ph-5-5
4. Sanchez JD. OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2015 [citado el 22 de junio de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10810:2015-anexo-i-glosario&Itemid=0&lang=es
5. Leonard J. Herida infectada: reconocimiento, tratamiento y cuándo acudir al médic [Internet]. Medicalnewstoday.com. 2020 [citado el 22 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/herida-infectada
6.Desbridamiento [Internet]. CMUC. 2018 [citado el 22 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.centroulcerascronicas.com/noticias/desbridamiento/

Capítulo 25

MANEJO Y ABORDAJE DE LA UÑA ENCARNADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

RAFAT BREIM FAJIM

ESTHER MARÍA GUERRERO RAMÍREZ

MARIA EUGENIA LÓPEZ-ZARCO SÁNCHEZ

ÁNGELA NARANJO PECO

MARÍA DEL CARMEN ORTEGA LÓPEZ

1 Introducción

La uña encarnada o onicocriptosis, es una patología que afecta al primer dedo del pie como consecuencia del crecimiento inadecuado de la uña que acaba afectando y causando lesiones en los tejidos circundantes. Es un motivo bastante frecuente de consulta en atención primaria de tal manera que casi el 20% de las consultas relacionadas con los problemas del pie, corresponden a la uña encarnada. Suele afectar preferentemente a personas jóvenes de edad comprendida entre los 20 y 30 años, aunque, puede afectar a cualquier edad. En cuanto a las causas de la uña encarnada, se puede achacar a la mala técnica de cortar las uñas o bien por el uso de calzados estrechos de modo que, al crecerse la uña, acaba enclavándose en los bordes laterales produciendo inflamación y dolor que, en ocasiones, puede causar la incapacidad para deambular. Con respecto al tratamiento, al principio se

recomienda baños de agua caliente con sal con el fin de reducir el edema formado aparte del uso de antibióticos, aunque, el tratamiento definitivo es el quirúrgico. Con el tratamiento quirúrgico, el proceso inflamatorio-infeccioso acaba desapareciendo, incluso, sin la necesidad de aplicar antibióticos. Finalmente comentar que el tratamiento quirúrgico está indicado en los casos de infecciones de repetición y cuando haya deformidad de la uña y contraindicado en los casos de alergia a la anestesia local o cuando hay problemas de coagulación.

2 Objetivos

1. Establecer protocolos comunes para el abordaje de la onicocriptosis.
2. Describir los factores predisponentes de la uña encarnada.
3. Exponer los cuidados de enfermería y medidas de prevención.

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 onicocriptosis presenta uno de los motivos mas frecuentes en la consulta de atención primaria relacionada con los problemas de los pies y se trata de una patología de etiología traumática que provoca inflamación, dolor, infección y en algunos casos la incapacidad para deambular. Un manejo inadecuado de esta patología, puede desencadenar unas complicaciones de mayor gravedad. Con respecto a los factores predisponentes de este problema de salud, se destacan los siguientes:

- Anomalías morfológicas de la uña y traumatismos sobre la misma.
- El corte inadecuado de las uñas de los pies.
- Uso de calzado inadecuado que comprime los dedos.
- Algunas anomalías anatómicas como el caso del pie valgo.
- Infecciones de la uña, principalmente por hongos.

En cuanto al tratamiento en la consulta de atención primaria, hay varias posibilidades de abordaje y varía en función del grado de afectación.
1- Tratamiento no quirúrgico: está indicado en los casos mas leves y su objetivo es conseguir la separación de la parte incrustada de la uña del resto del tejido adyacente de modo que el paciente es derivado a la consulta de enfermería y la intervención consiste en la introducción de una gasa mecha o hilo de sutura impregnada de antiséptico , entre la uña y el lecho ungueal, con la pertinente vigilancia por parte de enfermería y la realización de las oportunas curas para evitar la aparición de hongos. La separación, mediante este procedimiento, se mantiene durante un tiempo, hasta que la zona enclavada crezca por fuera del lecho afectado y se pueda cortar de manera adecuada.
2- Tratamiento quirúrgico: con la realización de una técnica de cirugía menor, Matricectomia, teniendo en cuenta las peculiaridades anatómicas y funcionales y el tipo de uña a tratar y puede ser de tipo quirúrgico o químico. En ambas técnicas se suele quitar o destruir la matriz de la zona que se clava en el pliegue ungueal, de manera definitiva, de tal manera que el resto de la lámina queda intacto y sin volver a salir en la zona afectada. En cuanto a la química, se suele utilizar el fenol diluido al 89% que se aplica de manera directa sobre La zona de la matriz que se quiere destruir, mediante una torunda, y se deja actuar durante tres a cinco minutos.
Cabe resaltar el escaso número de complicaciones de estas técnicas, así como el alto grado de satisfacción de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las unidades de cirugía menor se están consolidando en atención primaria, dan mayor protagonismo a sus profesionales, les otorgan más capacidad resolutiva de esta patología y contribuyen a la reducción de las listas de espera en atención especializada, en cuanto a las técnicas de abordaje y tratamiento de la uña encarnada, en atención primaria, ofrecen un gran margen de seguridad y escaso número de complicaciones con el consiguiente alto grado de satisfacción entre los pacientes. Finalmente, resaltar una serie de medidas preventivas tales como, elegir el calzado adecuado, cortar las unas de manera recta, proteger los pies de posibles traumatismos, así como realizar los oportunos cuidados para prevenir las infecciones por hongos. El papel de enfermería es de suma importancia, tanto, durante la realización de las técnicas como en el seguimiento de los pacientes sometidos a esas intervenciones.

6 Bibliografía

1. Bernat de Pablo Márquez, Antonio Arévalo Genicio, Marta Serra Gallego, Anna Ripoll Ramos y Núria Giménez Gómez, TRATAMIENTO DE LA UÑA ENCARNADA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR, DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA,2015.
2. Llancapi V., Patricio; Pradenas R., Ivonne. Matricectomia con Láser CO2,Rev. chile. dermatol ; 21(1): 10-12, 2005.

3. N.M. Puente García, M.L. Fernández Gómez, Uña encarnada: un año de experiencia en cirugía ungular en la consulta de atención primaria, Madrid, Aten Primaria 2002. 15 de abril. 29 (6).

Capítulo 26

LOS ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES

ESTHER MARÍA GUERRERO RAMÍREZ

ÁNGELA NARANJO PECO

MARIA EUGENIA LÓPEZ-ZARCO SÁNCHEZ

MARÍA DEL CARMEN ORTEGA LÓPEZ

RAFAT BREIM FAJIM

1 Introducción

Esta es la definición normalizada del accidente cerebrovascular recomendada por la OMS:
Afección neurológica focal (o a veces general) de aparición súbita, que perdura más de 24 horas (o causa la muerte) y de presunto origen vascular.
Esta definición clínica tiene cuatro componentes:
• una deficiencia o déficit neurológico
• de aparición súbita,
• que perdura más de 24 horas (o causa la muerte) y
• de presunto origen vascular.

La definición normalizada de la OMS excluye:

• el accidente isquémico transitorio (AIT), que se define como la presencia de síntomas neurológicos focales pero con una duración inferior a 24 horas;

• la hemorragia subdural;
• la hemorragia epidural;
• las intoxicaciones;
• los síntomas causados por traumatismos.
"General" se refiere a los pacientes con hemorragia subaracnoidea o coma profundo pero excluye el coma de origen vascular sistémico como en caso de:
• choque,
• síndrome de Stokes-Adams,
• encefalopatía hipertensiva.
El diagnóstico del accidente cerebrovascular es clínico y no se basa en los resultados radiológicos.

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en todo el mundo. La investigación de los factores de riesgo y la prevención de los ACV es fundamental para reducir su incidencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes que sobreviven a ellos. Aunque se han realizado muchos avances en la prevención y tratamiento de estos eventos, todavía queda mucho por hacer para reducir su incidencia y mejorar los resultados en pacientes que ya han sufrido un evento. Como resultado, la investigación sobre accidentes cerebrovasculares es cada vez más importante para ayudar a entender mejor esta enfermedad y desarrollar nuevas estrategias de prevención y tratamiento.

En este trabajo se realizará una revisión bibliográfica sobre la investigación de los accidentes cerebrovasculares, con el objetivo de analizar la metodología utilizada, los resultados obtenidos y las conclusiones alcanzadas hasta la fecha.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión es analizar la investigación realizada sobre los accidentes cerebrovasculares, en términos de la metodología utilizada, los resultados obtenidos y las conclusiones alcanzadas. Los objetivos específicos son los siguientes:
- Identificar los factores de riesgo de los ACV.
- Comprender cómo se diagnostican los ACV.
- Conocer las últimas investigaciones en cuanto a la prevención y tratamiento de los ACV.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se realizaron búsquedas en bases de datos médicas como PubMed, Embase y Cochrane Library utilizando las palabras clave ”accidente cerebrovascular”, ”prevención”, ”factores de riesgo” y ”tratamiento”. Se seleccionaron artículos científicos publicados en los últimos 10 años y se excluyeron aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión. Se realizó una síntesis narrativa de los estudios seleccionados para analizar la metodología utilizada, los resultados y las conclusiones alcanzadas.

4 Resultados

La literatura médica sobre ACV es variada y extensa, por lo que en esta revisión bibliográfica se abordarán aquellos aspectos más destacados en los resultados de la investigación de los ACV.

Etiología:

El conocimiento de los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de ACV es fundamental para su prevención y tratamiento. Una de las principales causas de ACV es la hipertensión arterial, seguida de la enfermedad cardíaca, la diabetes mellitus y la obesidad. Además, otros factores como el tabaquismo, la inactividad física, la dieta no saludable y la edad avanzada también pueden aumentar el riesgo de ACV.

Patología:

La patología de ACV se ha investigado en gran medida durante los últimos años. Los ACV isquémicos, que representan el 85% de los casos de ACV, resultan de la interrupción del suministro de sangre al cerebro debido a la obstrucción de una arteria cerebral. El tratamiento de esta patología es el éxito de una intervención temprana para desobstruir la arteria, llevando a mejores resultados a largo plazo. Por otro lado, los ACV hemorrágicos son el resultado de un sangrado en el cerebro que puede ser causado por una lesión o una malformación vascular.

Diagnóstico:

Métodos avanzados de diagnóstico como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) juegan un papel vital en la identificación temprana de los ACV. La TC es una herramienta rápida y efectiva para detectar hemorragia

o isquemia cerebral, mientras que la RM proporciona imágenes detalladas del cerebro y sus tejidos.

Tratamiento:

Los avances en el tratamiento de los ACV se han centrado en la reducción del daño cerebral y la mejora de los resultados a largo plazo. Los tratamientos actuales para los ACV isquémicos incluyen la administración de fármacos trombolíticos y la intervención endovascular, tales como la extracción mecánica de coágulos y la colocación de stents. También se han desarrollado nuevos métodos de neuroprotección para prevenir la muerte celular en el cerebro.

Rehabilitación:

La rehabilitación es un aspecto esencial del tratamiento de los ACV. La fisioterapia y la terapia ocupacional ayudan a los pacientes a recuperar la independencia y mejorar su calidad de vida. El uso de terapias basadas en la tecnología, como la robótica y la realidad virtual, ha permitido una personalización más eficiente de la rehabilitación y aumentar la motivación del paciente.

Prevención:

La prevención es fundamental en la reducción de la incidencia de los ACV. La promoción de estilos de vida saludables y el control de los factores de riesgo son estrategias clave para la prevención de ACV. Además, el tamizaje de los pacientes en riesgo puede permitir la identificación temprana y el control de factores de riesgo, así como prevención secundaria.

5 Discusión-Conclusión

La investigación sobre los accidentes cerebrovasculares ha permitido identificar los factores de riesgo más importantes, mejorar el diagnóstico y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento efectivas. La prevención primaria centrada en el control de los factores de riesgo es la medida más efectiva en la reducción de la incidencia de los ACV. Además, el tratamiento trombolítico temprano ha demostrado ser efectivo en la mejora del pronóstico de los pacientes con ACV isquémicos. La investigación sobre los accidentes cerebrovasculares continúa siendo un área de gran interés en la medicina, y se espera que en el futuro se desarrollen nuevas estrategias para prevenir y tratar los ACV.

6 Bibliografía

- Benjamin EJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation. 2019;139:e56-e528.
- Brown DL. Acute Stroke Syndromes: An Overview. Am Fam Physician. 2020;101(9):513-522.
- Campbell BCV, et al. Tenecteplase versus Alteplase before Thrombectomy for Ischemic Stroke. N Engl J Med. 2018;378(17):1573-1582.
- GBD 2016 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol. 2019;18(5):439-458.
- Hankey GJ. Secondary prevention of recurrent.
-OMS.ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2019.

Capítulo 27

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CONJUNTIVITIS INFANTIL

MARÍA PINTO RODRIGO

NATALIA ORTIZ POZO

M.ROSARIO GARCÍA MORA

PAULA MOYA FERNANDEZ

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

1 Introducción

La conjuntivitis sucede cuando la conjuntiva se inflama, pudiendo ser por una causa infecciosa, vírica, bacteriana o alérgica.
La conjuntivitis es la enfermedad del ojo más frecuente en todas las edades. En la infancia, se divide en oftalmia neonatal y conjuntivitis pediátrica.
La oftalmia neonatal es la que sucede en el primer mes de vida, produciendo un enrojecimiento y secreción, pudiendo ser purulenta, mucosa o mucopurulenta.
Cuando esto sucede en esta etapa de la vida hay que descartar otras patologías como obstrucción del conducto nasolagrimal, dacriocistitis o glaucoma congénito.
Las conjuntivitis más frecuentes neonatales, según su agente etimológico, son la conjuntivitis gonocica, conjuntivitis por clamidias y conjuntivitis herpética.

En la conjuntivitis pediátrica la etiología más frecuente se debe a causa de bacterias, clamidias y virus. Las conjuntivitis bacterianas se manifiestan con secreción purulenta, afectando a una o ambas conjuntivas.
Las conjuntivitis víricas, a pesar de que inicialmente son unilaterales, terminan siendo bilaterales, con secreción acuosa o mucosa e inflamación blefaroconjuntival importante. Puede durar hasta dos semanas.
Pese a la benignidad de la mayoría de las conjuntivitis, el tratamiento antibiótico es lo más recomendado para eliminar el germen que las causa.
Enfermería debe aportar una serie de pautas y cuidados para contribuir a que las diferentes conjuntivitis infantiles mejoren una vez instauradas en el paciente.

2 Objetivos

El principal objetivo propuesto para esta revisión bibliográfica ha sido establecer los cuidados de Enfermería en la atención al paciente infantil con conjuntivitis.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de publicaciones científicas presentes en bases de datos como Cuiden, Pubmed y Medline.
También se consultó el buscador Google Académico. De los resultados obtenidos, y tras pasar los criterios de inclusión propuestos, se procedió a estudiar 3 referencias bibliográficas.

4 Resultados

Enfermería debe realizar y recomendar lavados de los ojos para limpiar la secreción purulenta que en ellos aparecen, mejorando las molestias, a la vez que favorece que el tratamiento antibiótico local penetre mejor en el ojo.
Es cierto que en el lactante existen muchas infecciones de la conjuntiva que se resuelven sin tratamiento.
El antibiótico a utilizar será de amplio espectro, aplicándolo durante 7 días aunque la resolución se produzca en los primeros días. En caso de que no sea así, Enfermería debe realizar un cultivo para identificar el antibiótico específico a utilizar.
Los cuidados de Enfermería en la conjuntivitis infantil serán:
- Observar enrojecimiento, exudación o ulceración en los ojos.

- Observar el reflejo corneal.
- Instilar la medicación en el saco conjuntiva mediante una técnica aséptica.
- En caso de que la medicación tenga efectos sintéticos, ejercer una ligera presión en el conducto nasolagrimal.
- Controlar posibles efectos locales, sintéticos y adversos del tratamiento.
- Registrar la administración de la medicación, así como la respuesta que ha tenido el paciente a ella.
- En caso necesario, aplicar protección ocular.
- En caso necesario, aplicar gotas o ungüentos lubricantes.

Es fundamental que el profesional de Enfermería cuente con una correcta formación sobre la patología ocular en edades infantiles, pudiendo dar una respuesta adecuada de cuidados e intervenciones para contribuir a que la patología se resuelva a la mayor brevedad posible, así como de los tratamientos y medicamentos más frecuentes que se utilizan vía oftalmológica.

También, el profesional de Enfermería, debe contar con los conocimientos necesarios sobre los posibles efectos que pueden derivarse tanto de la patología como del tratamiento, sabiendo identificarlo de manera precoz y respondiendo de manera adecuada para evitar que las consecuencias vayan en aumento o sean mayores.

5 Discusión-Conclusión

La conjuntivitis es una inflamación de la conjuntiva y sucede a cualquier edad, puesto que en la etapa infantil también puede acontecerse.

La etiología de la conjuntivitis puede deberse a un origen bacteriano, vírico o alérgico. En cualquier caso, es importe instaurar un tratamiento ocular para frenar al germen que ocasiona la patología.

Cuando afecta a un neonato, se conoce por oftalmia neonatal. Cuando afecta a niños mayores de un mes de vida, se conoce por conjuntivitis pediátrica.

Enfermería, a través de sus cuidados e intervenciones, contribuirá a la recuperación de esta inflamación, precisando para ello de una correcta formación la cual aplique en los cuidados específicos que requiere esta patología.

6 Bibliografía

1. Begué Martín, N., & Soler Palacín, P. (2014). Conjuntivitis infecciosa en la edad pediátrica. Rev. esp. investig. oftalmol, 37-42.
2. Ferrer, A. B., Calvo, R. N., Ramos, I. J., Torres, M. N., Ramírez, M. D. L., &

Casanova, Y. C. (2021). Manejo de la conjuntivitis bacteriana en las urgencias pediátricas. Revista Sanitaria de Investigación, 2(6), 42.
3. Pérez Andrés, I. (2013). Papel de la enfermería en la valoración y estudios oftalmológicos en pediatría en atención primaria.

Capítulo 28

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA SALUD INFANTIL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA PINTO RODRIGO

NATALIA ORTIZ POZO

M.ROSARIO GARCÍA MORA

PAULA MOYA FERNANDEZ

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

1 Introducción

La cadena de servicios de Atención Primaria posee una serie de servicios dirigidos a la población infantil, siendo la mayoría de ellos de carácter preventivo.
Dentro de estos servicios se encuentran la promoción en la infancia de hábitos saludables, seguimiento del desarrollo en la infancia, vacunas y detección precoz de problemas, atención a la obesidad, entre otros.
Para que la atención sea más operativa, siempre se intenta coincidir la vacunación con determinadas revisiones y actividades.
Pero esto no quiere decir que se desaproveche la oportunidad de realizar las actividades cuando los niños acudan a visita por otros motivos, consiguiendo así reducir las visitas a las consultas de enfermería y pediatría.

Para que la atención sea completa, se precisa de un esquema de atenciones programas, tanto de vacunas, de consultas de pediatría y de las consultas de Enfermería. Esta atención puede coincidir en el tiempo para las tres actividades o para ambas consultas de revisión tanto de Enfermería como de pediatría.
En estas consultas se realizará una anamnesis, una exploración física, una serie de intervenciones y se aprovechará para impartir educación para la salud.
Para ello, Enfermería debe poseer los conocimientos necesarios para que la atención prestada sea de la máxima calidad asistencial posible.

2 Objetivos

El objetivo principal es analizar la atención del profesional de Enfermería a la salud infantil desde el nivel de Atención Primaria.

3 Metodología

Recopilación de información con la cual se pudo sustraer ideas principales que sirvieron de punto de partida para elaborar esta revisión bibliográfica.
Las bases de datos donde se realizaron consultas fueron Pubmed, Cuiden y Medline.
Los descriptores utilizados fueron: enfermería, atención primaria, salud infantil, actividades.

4 Resultados

Se recomienda que la primera visita que realice el niño a la consulta de Enfermería sea en los primeros 7 días de vida del recién nacido. En ella Enfermería realizará somatometría, revisará fontanelas, comprobará la hidratación y realizará una exploración sensorial. Tras la valoración establecerá un plan de cuidados según las necesidades detectadas.
Las siguientes revisiones coincidirán con los 2, 4 y 6 meses de vida, realizando en ella una exploración física igual que en la primera consulta pero además realizará un cribado de cariopatías congénitas, cribado genital y cribado de displasia de caderas. Además, se comprobará el estado vacunal y establecerá un plan de cuidados según las situaciones detectadas.
Es importante señalar que Enfermería aprovechará todas las visitas para fomentar la lactancia materna y ofrecer educación para la salud a la madre, sobre cues-

tiones como prevención del tabaquismo, prevención de muerte súbita, prevención de accidentes, etc.
Al año y al año y medio, se realizarán otras visitas, valorando la evolución del bebé desde la última visita, valorando la adaptación familiar, evaluando el riesgo social y estableciendo una serie de cuidados generales.
A los dos años, el niño debe acudir nuevamente para que Enfermería realice una anamnesis que valore la evolución y problemas surgidos desde la última consulta, los cuidas generales que se realizan en él, evaluación de episodios clínicos y se empezará a valorar el control de esfínteres.
Las visitas posteriores se realizarán a las 4, 6, 8, 11 y 14 años, valorando en todas ellas la evolución del infante y atendiendo y dando respuesta a los diferentes problemas que surgen en las diferentes etapas de la infancia. A su vez, se comprobará que el calendario vacunal está al día y se aprovechará para impartir educación para la salud tanto para la madre como para el niño.

5 Discusión-Conclusión

Enfermería, desde el nivel de Atención Primaria, realizará una serie de valoraciones e intervenciones dirigidas a la salud infantil, las cuales se realizan en diferentes consultas de Enfermería a diversas edades del niño, teniendo que realizar la primera en un plazo inferior a los 7 días de vida del recién nacido.
Para que estas consultas sean de calidad, el profesional de Enfermería deberá contar con una adecuada formación que contribuya a que las valoraciones que realiza en dichas consultas sean factibles, detentando posibles problemas y elaborando planes de cuidados que los resuelvan, así como impartiendo en cada una de las consultas educación sanitaria para la salud.

6 Bibliografía

1. Aguilar Cordero, M. J. (2012). Tratado de enfermería del niño y el adolescente: Cuidados pediátricos. Elsevier.
2. Casassas, R. (2014). Cuidados básicos del niño sano y enfermo. Ediciones UC.
3. Rodríguez, M. D. M. L., & Rodríguez, A. E. C. (2019). Enfermería de la infancia y de la adolescencia: Atención de enfermería al niño sano (Vol. 38). Universidad Almería.

Capítulo 29

LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL (PIA) INVESTIGACIÓN POR ENFERMERÍA

MARÍA PINTO RODRIGO

NATALIA ORTIZ POZO

M.ROSARIO GARCÍA MORA

PAULA MOYA FERNANDEZ

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

1 Introducción

La presión intraabdominal (PIA) es estimada como una medida importante para poder llegar a evaluar el estado de salud de un paciente enfermo en una unidad o servicio de cuidados intensivos (UCI). La medición de la PIA se realiza mediante un catéter de presión intraabdominal (CPIA), que se inserta a través de la pared abdominal y que se conecta a un monitor para así poder registrar los niveles de presión. Los enfermeros son los responsables y encargados de la colocación y la monitorización del CPIA, así como de interpretar los posteriores datos y poder comunicar con veracidad los hallazgos al equipo médico.
La PIA se le define y conoce como la presión existente dentro del abdomen, que es ocasionada por la normal acumulación de líquidos, gases y tejidos en el espacio intraabdominal. El aumento exponencial de la PIA puede ser ocasionado por un conjunto o una serie de problemas médicos, entre los que están incluidos los traumas, infecciones, embarazo, distensión abdominal y lesiones en el hígado

o en el tracto gastrointestinal. La medición de la PIA es importante porque un aumento en los niveles de PIA puede causar una serie de complicaciones graves, incluyendo falla renal, falla respiratoria y falla en la circulación.

2 Objetivos

Exponer por parte de enfermería las medidas y la importancia de la medición de la Presión intrabdominal (PIA) y de los cometidos a realizar desde el trabajo enfermero.

3 Metodología

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

4 Resultados

La colocación del CPIA se realiza generalmente en el lado izquierdo del abdomen, debajo del ombligo. El catéter se inserta a través de la pared abdominal utilizando una técnica estéril. Una vez que el catéter está en su lugar, se conecta a un monitor para registrar los niveles de presión. Los enfermeros deben monitorear constantemente los niveles de presión y asegurar que el catéter esté funcionando correctamente. Si se detecta algún problema con el catéter, deben notificarlo inmediatamente al equipo médico.
La medición de la PIA también se utiliza para evaluar la respuesta del paciente a diferentes terapias. Por ejemplo, si un paciente está recibiendo tratamiento para reducir la acumulación de líquidos en el abdomen, los enfermos deben monitorear los niveles de PIA antes y después del tratamiento para evaluar su eficacia.
La medición de la PIA es una herramienta importante para evaluar el estado de salud de los pacientes en una UCI. Los enfermeros son responsables de la colocación y la monitorización del CPIA, así como de interpretar los datos y comunicar los hallazgos al equipo médico. Es importante que los enfermeros se conozcan con la técnica de colocación del catéter y sepan cómo interpretarlo.

El trabajo del enfermero en la medición de la presión intraabdominal (PIA) en una unidad de cuidados intensivos (UCI) se divide en varios pasos:
1. Preparación: El enfermero prepara todo el material necesario para la colocación del catéter de presión intraabdominal (CPIA) y asegura que el paciente esté en una posición adecuada. También explica al paciente el procedimiento y obtiene su consentimiento.
2. Limpieza y desinfección de la zona de inserción: El enfermero limpia y desinfecta la zona de inserción del catéter con un antiséptico.
3. Inserción del catéter: El enfermero inserta el catéter a través de la pared abdominal utilizando una técnica estéril.
4. Conexión al monitor: Una vez que el catéter está en su lugar, el enfermo lo conecta al monitor para registrar los niveles de presión.
5. Monitoreo constante: El enfermo monitorea constantemente los niveles de presión y asegura que el catéter esté funcionando correctamente. Si se detecta algún problema con el catéter, notifique inmediatamente al equipo médico.
6. Interpretación de los datos: El enfermero interpreta los datos recogidos y comunica los hallazgos al equipo médico.
7. Evaluación de la respuesta al tratamiento: Si el paciente está recibiendo tratamiento para reducir la acumulación de líquidos en el abdomen, el enfermo monitorea los niveles de PIA antes y después del tratamiento para evaluar su eficacia.
8. Mantenimiento y retirada del catéter: El enfermero se encarga de mantener el catéter limpio y libre de infecciones y de retirarlo cuando ya no sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Del estudio e investigación realizada por parte del profesional enfermero se llega a la conclusión y opinión a destacar de que lo más esencial e importante será que el enfermero debe aprovecharse de las técnicas de colocación del catéter y tener siempre los conocimientos para poder interpretar los datos recogidos, el monitoreo constante que es esencial, respuesta al tratamiento, así como el mantenimiento en todo momento y la posterior y correcta retira del catéter. Además, deben estar en contacto constante y en continua comunicación con el equipo médico responsable del paciente para informar cualquier situación especial o cambio en el estado del afectado.

6 Bibliografía

1. Sosa Hernández Roberto, Sánchez Portela Carlos A, Hernández Iglesias Sergio Santiago, Barbero Arencibia Ricardo. Procedimientos para el monitoreo de la presión intraabdominal. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2007 Mar [citado 2023 Ene 13] ; 11(1): 2-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942007000100002&lng=es.
2. Pájaro Medina, Magdevy, León Cabrera, Licet, Leyva Peguero, Yileisy, & Ascanio Rodríguez, Carlos. (2015). Variaciones de la presión intraabdominal como criterio de complicación en pacientes operados. MEDISAN, 19(3), 345-353. Recuperado en 13 de enero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000300007&lng=es&tlng=es.

Capítulo 30

BENEFICIOS DE LA APLICACIÓN DE MÚSICA POR ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

MIRIAM MARTIN GALLEGO

ELENA HERENCIA PÉREZ

ESTHER CAMPO BEAMUD

MARTA ARIAS SÁNCHEZ

BELÉN MARTINEZ LÓPEZ

1 Introducción

El paciente con un deterioro cognitivo, generalmente, tiene avanzada edad. Si el deterioro es leve, es una fase intermedia entre el deterioro previsto de la memoria, que se cree que sucede con la edad, y el deterioro más grave, que es la demencia. El deterioro cognitivo leve puede incluir problemas de memoria, de lenguaje o de capacidad de juicio. También presentan episodios en los que están con lucidez y otros en los que no recuerdan ni donde se encuentran.
En muchos centros hospitalarios se ha intentado combinar la música con la terapia farmacológica en pacientes con deterioro cognitivo leve. Es decir, que la paciente aplicación de música se siente en un entorno seguro, confortable y por

ello genera un beneficio en su calidad de vida. Pero no en todos los centros existe la posibilidad de esta terapia, ya que se necesita más personal el que se encuentre dispuesto a realizar esta técnica con los pacientes con deterioro cognitivo.
Hablamos de una clase de música en la que solo interviene un instrumento, o una canción suave en la que el tono sea muy leve. En este caso el sentido auditivo, sensitivo e incluso motor son involucrados y con ello conseguimos que estén estimulados.

2 Objetivos

Dar a conocer qué tipo de beneficios puede aportar la aplicación de la terapia de música por enfermería en el tratamiento contra el deterioro cognitivo.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet.
Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed, Scielo, Cochrane.
Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos o específicos que debe realizar enfermería a estos pacientes.
Palabras clave: música, terapia, cuidados, deterioro.

4 Resultados

Son muchos los artículos que se han podido encontrar y seleccionar para incluir en este trabajo. En ellos se indican los posibles beneficios puede aportar la música a un paciente con un deterioro cognitivo.
Para llevar a cabo la musicoterapia, el profesional de enfermería deberá trasladar al paciente con deterioro cognitivo a un sitio el que el confort sea adecuado. En caso de que no pueda realizarse, se intentara mantener un ambiente cálido, confortable y sin demasiada luz, ni ruidos.
No todos los pacientes pueden ser seleccionados para esta terapia, ya que en otras ocasiones el paciente está agresivo y, en este caso, durante esta agresividad, no es adecuado realizar este proyecto.
Según muchos de los autores encontrados, se demuestra que la música tiene un efecto positivo a nivel cerebral en procesos neurodegenerativos, como en un de-

terioro cognitivo. Esto se debe a que nos ayuda a evocar sentimientos y pensar en tiempos pasados, lo cual es bueno para la reminiscencia y la memoria. Por ello, en el momento que la enfermería aplica la música a estos pacientes, se genera un estímulo por la música y, en ocasiones, incluso se potencia, especialmente si la canción es significativa para el paciente y tiene una conexión emocional con sus recuerdos y experiencias.

Otro beneficio es que la enfermería cuando le pone la música también puede realizar la activación de sus funciones cerebrales, incluidas las relacionadas con el ritmo, que favorece el movimiento. También puede mejorar los niveles de estrés y ansiedad, ya que nos ayuda a relajarnos y aumenta el compromiso, la interacción y la comunicación, fomentando los vínculos afectivos. Además, ayuda a explorar las emociones y, por lo tanto, es una herramienta poderosa para cambiarlas.

5 Discusión-Conclusión

Se constata que la música no solo beneficia a las personas cuando están sanas, sino que en pacientes con un deterioro cognitivo leve también es positivo.

La importancia de que el profesional sanitario de enfermería aplique música como terapia a un paciente con deterioro cognitivo, radica en que entran en juego las emociones a nivel sensitivo, disminuye el estrés y el paciente la relaciona con su recuerdo.

Es esencial, tener en cuenta que no siempre puede ser la terapia aplicada en los pacientes, sobre todo en fases en los que no estén estabilizados. Es decir, si están en una fase de agresividad, es mejor que esperen a que estén estables y, con ello, serán beneficiados en mayor medida.

6 Bibliografía

1. Sung HC, Lee WL, Li TL, Watson R. A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia.Int J Geriatr Psychiatry 2012; 27: 621–27.

2. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, Ballard C, Banerjee S, Burns A, Cohen-Mansfield J, Cooper C, Fox N, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Larson EB, Ritchie K, Rockwood K, Sampson EL, Samus Q, Schneider LS, Selbæk G, Teri L, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet. 2017 Dec 16;390(10113):2673-2734.

Capítulo 31

COLOCACIÓN DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA POR ENFERMERIA EN HERIDA CRÓNICA

MIRIAM MARTIN GALLEGO

ELENA HERENCIA PÉREZ

ESTHER CAMPO BEAMUD

MARTA ARIAS SÁNCHEZ

BELÉN MARTINEZ LÓPEZ

1 Introducción

Las heridas crónicas son aquellas que se pueden definir como aquellas lesiones que debutan déficit o nula cicatrización mientras se mantenga la causa que las produce.
La presencia de estas heridas genera estrés y ansiedad en el paciente y en los familiares debido a que la evolución hacia la curación o resolución es lenta y de difícil percepción.
En las heridas crónicas, el proceso de cicatrización se encuentra alterado y no sigue el orden normal de la reparación tisular de una herida. Este tipo de heridas coinciden en que sufren una prolongación de la fase inflamatoria, un incremento en la producción de metaloproteinasas, degradación de la matriz extracelular y un retraso en la migración celular y en la formación de tejido conectivo. Por ello

en la actualidad existe muchos tratamientos para este tipo de heridas que incluso llegan a la curación parcial o total.
La terapia de presión negativa es una técnica en la cual empleamos una presión en la herida crónica para absorber y extraer un exudado de la herida y mantenerla limpia y seca.
La terapia de presión negativa es un método no invasivo , indoloro y en ocasiones es el tratamiento definitivo tras muchas curas, cuidados básicos por parte de profesionales de la sanidad enfermería.

2 Objetivos

- Conocer las actuaciones que realizara un profesional de enfermería ante la colocación de una terapia de presión negativa en una herida.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.
Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos o específicos debe de realizar enfermería a estos pacientes.
Palabras clave: Terapia, cuidados, herida, exudado

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos podido encontrar artículos los cuales nos indican que tipo de cuidados o actuaciones realizara el profesional de enfermería ante la colocación de una terapia de presión negativa en una herida.
En un primer momento el profesional de enfermería debe estar formado para la colocación de la terapia de presión negativa, ya que un defecto tanto en la colocación como en cualquier material del que se compone retrasara de nuevo la acción de curación y por supuesto económicamente sería una perdida grande.
La enfermera debe conocer en que sitios se podría colocar la TPN quemaduras, injertos, úlceras por presión , heridas quirúrgicas etc. También debe conocer en que sitio no debe colocarse como osteomielitis sin tratar, lesiones de tipo oncológico, ya que aumentaría y regeneraría las células con lo cual complicaría y avanzaría el problema oncológico.

La terapia consta de un aspirador , esponja y apósitos de fijación . La enfermería antes de iniciar la técnica deberá limpiar con suero fisiológico la herida en la que se va a colocar la TPN. La enfermería tras esto realizará una medición y colocará la esponja en la zona donde se encuentra la lesión , y mediante los apósitos fijará sin que exista ningún tipo de fuga a la hora de conexión. Tras colocar los anteriores comentados se unirá al receptar o aspirador de exudado y enchufará a la corriente para que comience su función. En caso de que no funcione correctamente el receptal nos indicara fuga o que problema está sucediendo generalmente.
Enfermería ante la retirada de la TPN deberá tener especial cuidado ante la posible hemorragia de retirar la esponja, de otra forma no suele dar complicaciones es una técnica segura.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad la curación o tratamiento de heridas puede ser realizada con la terapia de presión negativa, esta es una técnica indolora, cómoda y que está demostrado que aumenta rápidamente la cicatrización y curación de la herida. enfermería deberá conocer la técnica de la colocación de la terapia de forma que evitaría el tener que retirar la terapia rápidamente, y colocar otra de nuevo. Es muy difícil que de complicaciones esta técnica salvo al retirarla que puede generar un sangrado no excesivo al retirar la esponja.
Se ha podido observar los efectos de beneficio de la colocación de una terapia de presión negativa en una herida, ya que es más económica y realiza menos actuaciones de enfermería en la herida.

6 Bibliografía

- Palomar F, Fornes B, Muñoz V, Lucha V, Dávila D, Casanova S, Todoli J, Marin S.Aplicación de la terapia de presión negativa: Procedimiento y caso clínico. Rev. Enfermería dermatológica 2007; 25-30.
- Banwell P, Téot L. Topical Negative Pressure (TNP) Therapy. First international topical negative pressure (TNP) therapy focus group meeting proceedings. London: TXP Communications, 2004.

Capítulo 32

CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA DE LA DIETA AYUNO INTERMITENTE

MIRIAM MARTIN GALLEGO

ELENA HERENCIA PÉREZ

ESTHER CAMPO BEAMUD

MARTA ARIAS SÁNCHEZ

BELÉN MARTINEZ LÓPEZ

1 Introducción

En la actualidad el tema de la dieta va unido casi siempre a la obesidad. La dieta de perder peso se ha realizado desde hace muchos años, pero a medida que se va avanzando en la historia en la actualidad existen muchas dietas para bajar de peso.

La mayoría de las dietas que se utilizan es por la popularidad que les dan, pero no por ello son siempre saludables ni aportan los efectos que deseamos, siempre que no se realice bajo la supervisión de un dietista. Este tipo de dietas desde el comienzo de esta aparecerá una rápida perdida de peso, con lo cual esta persona estará muy satisfecha, pero el mantenimiento es duro y en el momento de abandonar esta dieta adquieren la parte de peso perdido e incluso adquieren más.

En la actualidad la dieta de ayuno intermitente es una de las que las personas más siguen, ya que es fácil y se puede aplicar libremente sin necesidad de control por un facultativo o dietista.

Podemos decir que en las dietas se realiza una restricción calórica generalmente, pero no se considera desnutrición. Esta restricción calórica en la que los pacientes en un corto tiempo notan que mejora muchos factores a nivel cardiovascular, respiratorio, etc.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de conocimientos puede adquirir el profesional de enfermería sobre el tipo de dieta del ayuno intermitente en general.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.
Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos o específicos debe de realizar enfermería a estos pacientes.
Palabras clave: Dieta, cuidados, ayuno, peso.

4 Resultados

- En nuestro trabajo de revisión bibliográfica, hemos querido incluir artículos que nos aporta información sobre en que consiste el tipo de dieta del ayuno intermitente y qué conocimientos puede adquirir el profesional de enfermería.
- La enfermera entiende por ayuno la restricción temporal de la ingesta de alimentos. Es importante tener en cuenta que la ingesta insuficiente de alimentos puede tener ciertos efectos en el cuerpo. Para ello, enfermería tendrá que considerar los procesos bioquímicos que tienen lugar. En circunstancias normales, los nutrientes energéticos entran en el ciclo de Krebs para que el metabolismo obtenga la energía que nuestro cuerpo necesita

- El profesional de enfermería podrá conocer que existen un montón de dietas como las dietas milagro, las cuales no tienen ningún esfuerzo y rápidamente pierden peso, pero los pacientes que realizan este tipo de dieta no entienden que no es un milagro y pueden incluso generar complicaciones en su salud.
- Otro tipo de dieta es la Dunkan la cual ayudan al individuo a consumir unas calorías inferiores a la mitad de su gasto energético total, pudiendo llegar a un déficit de hasta 1000 kcal al día.

- En el tema en cuestión podríamos hablar de miles de dietas, pero en la que nos incumbe es la de ayuno intermitente, en esta el profesional de enfermería ante un paciente que esté realizando esta dieta debe conocer que existen una serie de etapas, la primera es el hipoglucemiante, otra etapa que se llama cetona. Si ayuna durante demasiado tiempo, el cuerpo realmente agota sus reservas de grasa y comienza a utilizar las proteínas como fuente de energía. Una de las características de esta etapa es la aparición de edema generalizado, que es un claro indicador de que se está obligar a un organismo a estar arriba, daña la salud, sus posibilidades.

5 Discusión-Conclusión

Son muchas las personas que, ante la desesperación de perder peso y no formar parte del diagnóstico con obesidad, se aferran a dietas que puedan incluso poner en peligro su propia salud.
En cuanto al profesional de enfermería, deberá conocer todos los riesgos que conlleva seguir la dieta del ayuno intermitente, simplemente no para obligar a dejar esta a sus pacientes, sino para poder estar preparada ante las posibles complicaciones. Es decir, que siempre que un paciente tenga dieta con ayuno intermitente será vulnerable a complicaciones de salud.
El ayuno intermitente es algo que, si puede afrontarse, pero con gran sacrificio en cuanto a la dieta, no podrá dar caprichos ni dulces, etc.

6 Bibliografía

- Alman KL, Lister NB, Garnett SP, Gow ML, Aldwell K, Jebeile H. Dietetic management of obesity and severe obesity in children and adolescents: A scoping review of guidelines. Obes Rev. 2021; 22(1): e13132.
- Cho Y, Hong N, Kim KW, Cho SJ, Lee M, Lee YH, et al. The effectiveness of intermittent fasting to reduce body mass index and glucose metabolism: a systematic review and meta-analysis. J Clin Med.2019; 8(10): 1645d

Capítulo 33

EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN EL TRATAMIENTO DEL PIE DIABÉTICO

GRACIA DÍAZ BAÑÓN

1 Introducción

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el mundo occidental. Entre sus posibles complicaciones destaca la denominada polineuropatía diabética sensitivo-motora, conocida como neuropatía diabética. Esta patología suele darse en el 50% de los pacientes que presentan diabetes mellitus y condiciona la aparición de diversas manifestaciones clínicas, entre ellas, la del pie diabético.

Las personas con diabetes mellitus presentan una probabilidad del 15-25% de desarrollar pie diabético, suponiendo este hecho que entre el 70-85% de los pacientes que presentan úlceras en los pies acaben requiriendo una amputación como tratamiento definitivo al proceso. De hecho, la diabetes mellitus es la principal causa de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, especialmente en el caso de la diabetes mellitus tipo II.

El pie diabético es una infección, ulceración y destrucción de los tejidos relacionada con la existencia de pérdida de sensibilidad al dolor y vasculopatía periférica en las extremidades inferiores. Por norma general, el pie diabético se manifiesta en forma de úlceras en el pie, con existencia o no de infección subyacente,

y constituye una de las principales causas de amputación de las extremidades inferiores.

Entre las alteraciones que aumentan las probabilidades de desarrollar pie diabético destacan la existencia de una úlcera previa, la pérdida de sensibilidad en el pie, la deformidad del mismo o la presencia de compromiso circulatorio (1). A estas habría que sumarle, la existencia de amputaciones previas y las enfermedades renales crónicas, especialmente las que requieren terapia de reemplazo renal.

El pie diabético lleva asociada una elevada tasa de amputación e importantes cargas económicas, de morbi-mortalidad – entre el 40-80% de los pacientes con pie diabético y diabetes mellitus tipo II mueren a los 5 años de ser amputados – y de pérdida de calidad de vida, por lo que es de vital importancia poner en marcha intervenciones y terapias que ayuden a prevenir dichas cargas y, una vez instauradas las úlceras, eviten la amputación de los miembros afectados.

A nivel de tratamiento, las úlceras y necrosis que se desarrollan en las personas con pie diabético suelen requerir de un tratamiento complejo que, generalmente, incluye la necesidad de desbridamiento quirúrgico y suele ir seguido de un periodo de cicatrización tórpida y difícil. Entre las terapias de las que se disponen en la actualidad para favorecer el proceso de cicatrización de diferentes heridas de etiología diversa destaca la terapia de cierre asistido por vacío (VAC).

El registro más antiguo que se tiene de la utilización de la técnica de succión para el tratamiento de heridas data de 1908. En la década de 1990, el uso de la presión negativa directamente aplicada sobreheridas comenzó a extenderse, siendo en 1995 cuando la "Food and Drug Administration" de Estados Unidos aprobó la terapia de cierre asistido por vacío para su uso en diferentes heridas: quirúrgicas, de pie diabético, úlceras por presión, etc.

La terapia de cierre asistido por vacío es sistema no invasivo y dinámico que emplea la succión subatmosférica de forma continua o intermitente sobre una herida quirúrgica con el objetivo, entre otros, de acelerar la cicatrización de heridas.

Gracias a la capacidad para proporcionar un ambiente húmedo y cerrado, además de drenar con gran eficacia el exudado producido por las heridas, mejora la ci-

catrización de estas y disminuye su tamaño. De igual manera, contribuye a disminuir el edema perilesional, incrementar la perfusión vascular de la zona y reducir la colonización bacteriana.

Existen dos tipos de terapias mediante VAC: la terapia "de apósito abdominal" y la terapia "suprafascial", siendo esta última la indicada para heridas complejas, como las que aparecen en pacientes con pie diabético.

El mecanismo en sí está formado por una esponja de poliuretano que se sella mediante apósitos adhesivos. Sobre esta esponja se coloca el tubo de la bomba de succión, que es la que se encarga de aplicar presiones subatmosféricas continua o intermitentemente hasta 125 mmHg dependiendo del tipo de herida y del tejido sobre el que se aplica.

Los mecanismos de acción de la VAC incluyen la contracción de la herida, que permite la retracción de esta para poder cerrarse; la estabilización del ambiente de la herida, mediante la limitación de la permeabilidad a los gases y al vapor, y la nula permeabilidad a microorganismos y proteínas que presenta la espuma de poliuretano; la reducción del edema de los tejidos circundantes y, con ello, la mejora de la densidad vascular de la herida; el control de la inflamación, al remover moléculas proinflamatorias de la herida; el control de la infección, como consecuencia de la remoción del edema y de desechos celulares; y el aumento del tejido de granulación.

Dadas las implicaciones que las úlceras de pie diabético tienen sobre la vida personal del paciente, a nivel socioeconómico y sobre los servicios de atención sanitaria, es importante determinar qué papel juega la terapia de cierre asistido por vacío en la reducción de dichos impactos.

2 Objetivos

Determinar la eficacia de la terapia de cierre asistido por vacío en la mejora de las úlceras del pie diabético en comparación a otras terapias convencionales.

3 Metodología

El presente trabajo constituye una revisión sistemática de la literatura reciente sobre la terapia de cierre asistido por vacío y su eficacia en la mejora y la reducción de complicaciones derivadas de las úlceras de pie diabético.

Para ello, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y Dialnet mediante las palabras clave "diabetic foot", "vacuum assited closure therapy", "negative-pressure wound therapy", "pie diabético" y "terapia de presión negativa".

Se incluyeron artículos a los que se pudiera acceder al texto completo sobre revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales que compararan la eficacia de la terapia de cierre asistido por vacío con otras terapias convencionales, y publicados en inglés o español durante los últimos cinco años.

Tras llevar a cabo la búsqueda bibliográfica, se eliminaron diferentes estudios por título y resumen, y criterios de selección, quedando un total de 9 artículos seleccionados para la elaboración de este capítulo.

4 Resultados

La mayoría de los resultados hallados en esta revisión sistemática demostraron una buena eficacia en diferentes variables derivada de la utilización de la terapia de cierre asistido por vacío en heridas de pie diabético con pacientes con diabetes mellitus.

En un estudio llevado a cabo sobre pacientes diabéticos mayores de 18 años con úlceras de Wagner de grados 1 y 2 en los pies, la aplicación de la VAC supuso, en comparación con la utilización de apósitos convencionales, una reducción significativa del tiempo de cicatrización de la herida, una contracción más rápida de la misma, un aumento de la velocidad de formación de tejido de granulación y todo ello sin incrementar la aparición de complicaciones.

A conclusiones similares llegaron en un estudio realizado sobre un paciente con una úlcera de pie diabético de larga evolución, en el que la VAC favoreció el con-

trol del exudado, la ausencia de contaminación y/o sobreinfección de la herida, una buena conservación de los bordes de la misma, así como el crecimiento del tejido de granulación.

De igual manera, en una revisión sistemática con metaanálisis sobre la eficacia y la seguridad de la VAC para el tratamiento de las úlceras de pie diabético, los hallazgos demostraron una reducción significativamente menor del tiempo de formación del tejido de granulación respecto a los grupos a los que no se les aplicaba esta terapia.

Asimismo, en otra revisión sistemática donde se comparó la eficacia de la VAC frente a apósitos para úlceras de pie diabético, los resultados obtenidos evidenciaron que esta terapia podía aumentar la cantidad de heridas cicatrizadas en comparación con apósitos normales, reducir el tiempo de cicatrización y disminuir el riesgo de amputaciones.

En línea con los estudios anteriores, una revisión sistemática con metaanálisis en la que se identificaron un total de 18 artículos para la revisión, se encontró que la aplicación de la VAC reducía significativamente el riesgo de que la herida no cerrase, disminuía el área de la herida, aumentaba la tasa de aparición de tejido de granulación y suponía un menor riesgo de amputación.

Similares hallazgos fueron encontrados en una revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento de heridas de pie diabético con este tipo de terapia: su empleo supuso una mejora en la cicatrización de las heridas, una disminución del volumen de las úlceras y una reducción del tiempo de cicatrización en comparación a otros tipos de terapias.

Los resultados anteriores coinciden con los hallados en una investigación en la que se analizó el coste-utilidad de la aplicación de la terapia de cierre asistido por vacío en comparación con el cuidado tradicional de las heridas de pie diabético en Irán. En ella se concluyó que la VAC reducía el número de amputaciones y aumentaba el número de úlceras sanadas.

No obstante, otros estudios incluidos en esta revisión sistemática encontraron que no existían diferentes significativas entre la terapia de cierre asistido por vacío en comparación con otras terapias convencionales en diferentes variables

como la tasa de curación, la formación de tejido de granulación o la aparición de eventos adversos, entre otras.

En un estudio alemán llevado a cabo sobre más de 600 pacientes con úlceras de pie diabético, la aplicación de la VAC frente al cuidado húmedo y estándar de heridas no presentó diferencias significativas para los dos grupos estudiados en la tasa de cierre de la herida ni el tiempo de cicatrización.

En concordancia con estos hallazgos, un estudio observacional que evaluó la eficacia, la seguridad y los resultados de la utilización de la VAC en pacientes diabéticos y con úlceras de pie diabético no infectadas, tanto el grupo en el que se empleó la VAC como en el que se llevó a cabo una terapia convencional, la reducción del área de la herida fue similar, sin diferencias significativas sobre la duración de la misma.

Respecto a la tasa de aparición de efectos adversos relacionada con la VAC y en comparación con el resto de terapias convencionales para tratar las úlceras del pie diabético, los estudios que incluyeron entre sus resultados esta variable coincidieron en resaltar que, en general, no existían diferencias significativas en la aparición de diversos tipos de eventos adversos entre el empleo de la VAC y el de otros tratamientos tradicionales.

De igual manera, las revisiones sistemáticas y metaanálisis incluidos en esta revisión sistemática encontraron que no se daban diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos convencionales y el empleo de la terapia VAC en variables como la tasa de amputación (9), la tasa de desaparición del exudado de la herida, la tasa de positividad de hemocultivos o la puntuación del dolor medido mediante la escala EVA.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes mellitus es una afección común que provoca elevadas concentraciones de glucosa en sangre y entre sus complicaciones, la aparición de úlceras en los pies es una de las más frecuentes. La aparición de infecciones, unida a la dificultad para su sanación por la condición clínica del paciente, aumentan considerablemente el riesgo de sufrir amputaciones en los miembros inferiores.

Existen diferentes estrategias de intervención para tratar las úlceras de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus, desde las terapias más convencionales hasta otros tratamientos más avanzados. Los resultados hallados en esta revisión sistemática concuerdan con otras investigaciones previas en afirmar que la terapia de cierre asistido por vacío, conocida como VAC, puede constituir una alternativa eficaz para el tratamiento de estas afecciones.

En consonancia con los hallazgos de esta revisión sistemática, en una revisión sistemática con metaanálisis para evaluar la eficacia clínica, la seguridad y la rentabilidad de la VAC en el tratamiento de úlceras de pie diabético que incluyó once ensayos clínicos aleatorizados con una muestra de más de 1000 pacientes, la VAC presentó una tasa de curación de heridas y una reducción del área y la profundidad de la úlcera mayor que los tratamientos convencionales, además de un tiempo de curación más corto y menor riesgo de amputaciones.

Estos resultados coinciden con otros hallazgos, como los extraídos en un ensayo clínico aleatorizado con pacientes con úlceras de pie diabético, en el que el empleo de la VAC arrojó resultados positivos sobre la reducción del diámetro y la profundidad de la herida, el aumento de la proliferación de tejido de granulación (19, 20), menor número de hemocultivos positivos, reducción de las amputaciones secundarias y mayor satisfacción con el tratamiento.

Respecto a la heterogeneidad en determinadas variables, como sugieren algunos autores, las diferencias pueden estar supeditadas a otros factores extrínsecos e intrínsecos.

Por ejemplo, en el estudio llevado a cabo sobre más de 600 pacientes con úlceras de pie diabético, la ausencia de diferencias significativas entre la eficacia de la VAC y del uso de apósitos tradicionales pudo deberse a la falta de documentación sobre los criterios de valoración de las heridas, la retirada del tratamiento con VAC antes de tiempo o cambios no autorizados en la terapia, que pudieron afectar negativamente al cierre de la herida y provocar sesgos en los resultados.

Como recalcan otros autores en investigaciones previas, aspectos como la falta de ensayos clínicos aleatorizados de larga evolución o la casi ausencia de estudios que evalúen aspectos como el impacto en la calidad de vida o en el dolor de la VAC también pueden contribuir a la ausencia de diferencias significativas entre

las diferentes terapias comparadas.

A pesar de los posibles resultados contradictorios, la terapia de cierre asistido por vacío presenta ventajas sobre las terapias convencionales basadas en apósitos tradicionales.

Cuestiones como que el uso de determinados apósitos podría tener efectos citotóxicos sobre el organismo, la necesidad de cambio de apósitos es inferior que con las terapias convencionales y que suele repercutir menos negativamente en la vida del paciente, así como en los costes que debe asumir tanto los servicios sanitarios como el propio paciente, es importante tener en consideración a la terapia de VAC como una alternativa eficaz en el tratamiento de úlceras de pie diabético.

En conclusión, los resultados hallados en esta revisión sistemática ponen de manifiesto que la terapia de cierre asistido por vacío en las heridas de pie diabético, en comparación con otros tratamientos convencionales, puede contribuir a reducir el tiempo de cicatrización de la herida y la cantidad de exudado, incrementar la velocidad de formación de tejido de granulación y la contracción de la úlcera, y disminuir la necesidad de amputación, todo ello sin aumentar la aparición de complicaciones.

6 Bibliografía

1. Márquez-Godínez SA, Zonana-Nacach A, Analdo-Campos MC, Muñoz-Martínez JA. Riesgo de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar. SEMERGEN. 2014 May-Jun;40(4):183-8.
2. Martínez-Escalante JE, Romero-Ibargüengoitia ME, Plata-Álvarez H, López-Betancourt G, Otero-Rodríguez R, Garza-Cantú AL et al. Pie diabético en México: factores de riesgo para mortalidad posterior a una amputación mayor, a 5 años, en un hospital de salud pública de segundo nivel. Cir. Cir. 2021 May-Jun;89(3):284-90.
3. Talaya Navarro E, Tárraga Marcos L, Madrona Marcos F, Romero de Ávila JM, Tárraga López PJ. Prevención de amputaciones relacionadas con el pie diabético. JONNPR. 2022;7(2):235-65.
4. Dzieciuchowicz L, Espinosa G, Grochowicz L. El sistema de cierre asistido al vacío en el tratamiento del pie diabético avanzado. Cirugía Española.

2009;86(4):213-8.
5. Brox-Jiménez A, Díaz-Gómez D, Parra-Membrives P, Martínez-Baena D, Márquez-Miñoz M, Lorente-Herce J et al. Sistema de cierre asistido por vacío en heridas complejas. Estudio retrospectivo. Cirugía Espñaola. 2010;87(5):312-17.
6. González Magaña F, Malagón Hidalgo HO, Gerez Álvarez KP, Delgado Galván WP. Uso de sistemas de cierre asistido al vacío (VAC) en heridas quirúrgicas infectadas en región cervicofacial (presentación de un caso clínico y revisión de la literatura). Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial. 2017;13(2):40-50.
7. James S, Sureskhumar S, Elamurugan TP, Debasis N, Viyakumar C, Palanivel C. Comparision of vacuum-assisted closure therapy and conventional dressing on wound healing in patientes with diabetic foot ulcer: A randomized controller trial. Niger J Surg. 2019 Ene-Jun;25(1):14-20.
8. Farré Escofet C, González Delaurens C, Martínez Castillejo J. Uso de terapia de presión negativa en herida compleja de pie diabético. A propósito de un caso. Gerokomos. 2022;33(1):63-6.
9. Chen L, Zhang S, Da J, Wu W, Ma F, Tang C et al. A systematic review and meta-analysis of efficacy and safety of negative pressure wound therapy in the treatment of diabetic foot ulcer. APM. 2021 Oct;10(10): 1-12.
10. Liu Z, Dumville JC, Hinchliffe RJ, Cullum N, GAme F, Stubbs N et al. Negative pressure wound therapy for theatring foot wounds in people with diabetes mellitus. Cochrane DAtabase Syst Rev. 2018 Oct;10(10):CD010318.
11. Wang N, Li SS, Liu YP, Peng YY, Wang PF. Comparison of negative pressure wound therapy and moist wound care in patients with diabetic foot ulcers: A protocol for systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Medicine (Baltimore). 2022 Ago;101(31):e29537.
12. Mohseni S, Aalaaa M, Atlasi R, Tehrani MRZ, Sanjari M, Amini MR. The effectiveness of negative pressure wound therapy as a novel management of diabetic foot ulcers: an overview of systematic reviews. J Diabetes Metab Disord. 2019 Nov;18(2):625-41.
13. Alipour V, Rezapour A, Ebrahimi M, Arabloo J. Cost-Utility Analyssi of Negative Pressure Wound Therapy Compared With Traditional Wound Care in the Treatment of Diabetic Foot Ulcers in Iran. Index Wounds. 2021 Feb;33(2):50-6.
14. Seidel D, Storck M, Lawall H, Wozniak G, Mauckner P, Hochlenert D et al. Negative pressure wound therapy compared with standard moist wound care on diabetic foot ulcers in real-life clinical practice: results of the German DiaFu-RCT.
15. Borys S, Hohendorff J, Koblik T, Witek P, Ludwig-Slomczynska AH, Frankfurter C et al. Negative-pressure wound therapy for management of chronic neuropathic noninfected diabeteic foot ulcerations – short-term efficacy and long-

term outcomes. Endocrine. 2018 Dic;62(2):611-6.
16. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. JAMA. 2005 Ene;293(2):217-28.
17. Yang SL, Zhu LY, Han R, Sun LL, Dou JT. Effect of negative pressure wound therapy on cellular fibronectin and transforming growth factor-β1 expression in diabetic foot wounds. Foot Ankle Int. 2017 Ago;38(8):893–900.
18. Liu S, He CZ, Cai YT, Xing QP, Guo YZ, Chen ZL. Evaluation of negative-pressure wound therapy for patients with diabetic foot ulcers: systematic review and meta-analysis. Ther Clin Risk Manag. 2017 Abr;13:533-44.
19. Ravari H, Modaghegh MHS, Kazemzadeh GH, Johari HG, VAtanchi AM, Sangaki A et al. Comparision of vacuum-asisted closure and moist wound dressing in the treatment of diabetic foot ulcers. J Cutan Aesthet Surg. 2013 Ene;6(1):17-20.
20. Lone AM, Zaroo MI, Laway BA, Pala NA, Bashir SA, Rasool A. Vacuum-assisted closure versus conventional dressings in the management of diabetic foot ulcers: a prospective case-control study. Diabet Foot Ankle. 2014 Abr;5.
21. Ubbink DT, Westerbos SJ, Evans D, Land L, Vermeulen H. Topical negative pressure for treating chronic wounds. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul;(3):CD001898.
22. Vasallo IA, Fomosa C. Comparing Calcium Alginate Dressings to Vacuum-assisted Closure: A Clinical Trial. Index Wounds. 2015 Jul;27(7):180-90.

Capítulo 34

CASO CLÍNICO CIRUGÍA CONSERVADORA BSGC. PLAN DE CUIDADOS POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORIE GORDON Y PROTOCOLO QUIRÚRGICO

ANDREA GINÉS GARCÍA

1 Introducción

Atendiendo al presente caso vamos a realizar una valoración de enfermería siguiendo el modelo propuesto por Marjorie Gordon, del cual presenta 11 patrones de acción destacables para la salud, tanto a nivel individual como comunitario. Daremos a conocer en este capitulo material comúnmente empleado en unidades especiales como quirófano y acercaremos al lector cuán importante es la puesta al día en cuanto a temática médica, fundamental para la comprensión de la labor enfermera en la actualidad.

Paciente de 58 años de edad con múltiples antecedentes familiares neoplásicos es ingresada a fecha 25/02/2016. Estando previamente bien nota tumoración en mama izquierda sin otra sintomatología acompañante.

Uno de los cirujanos acude a realizar una exploración física evidenciando un nódulo, cola de la mama izquierda, de 2x2 cms, duro, móvil y no doloroso. Mama derecha y resto de la exploración dentro de la normalidad.

Diagnóstico: Tumorectomía en mama izquierda línea intercuadrántica superior. Hiperplasia lobulillar intensa, enfermedad fibroquística con displasia moderada focal.
Intervención: Cirugía conservadora BSGC
Enfermedad actual: Screening habitual detectan una distorsión por lo que se solicitó ecografía. Desde radiología informan de tumoración no palpable, con BAG ya realizado. Una de las hermanas se hace estudio genético y sale negativo, la otra aún está pendiente.

2 Objetivos

El objetivo del presente caso clínico es acercar a los profesionales sanitarios el proceso quirúrgico en una intervención de cirugía oncológica, así como mostrar el protocolo quirúrgico empleado y material correspondiente.

3 Caso clínico

Antecedentes personales y familiares
 Alergias: Nolotil
 Hipertensión arterial
 No fumadora
 No diabetes
 Menarquia: a los 13 años
 Menopausia: a los 56 años
 Historia obstétrica: gestó 2 embarazos.
 Edad del primer parto: 30 años
 Lactancia materna: SÍ
 Familiares: madre con 85 años diagnosticada de cáncer de mama, dos hermanas con cáncer de mama (ambas a los 56 años y una de ellas bilateral).
 Medicación habitual: Ondasetrón
Exploraciones complementarias
 Hemograma normal.
 Bioquímica sanguínea y hepática: Colesterol 200 mgr/dl. Resto dentro de la normalidad.
 Sedimento de orina normal.
 Evaluación física: aureola y pezón sin alteraciones aparentes, no presenta circulación colateral

 Mamografía bilateral: Imagen nodular de bordes bien definidos en el CSE de la mama izquierda a valorar mediante estudio ecográfico.
 Ecografía mamaria: Imagen en CSE de mama izquierda, de 1.9 cms, con gran refuerzo posterior sugestiva de quiste mamario.
 Radiografía de tórax: se observa cáncer de mama diseminado hacia la axila izquierda.
 Palpación de ganglios linfáticos axilares observando un agrandamiento de estos pudiendo indicar una propagación de la tumoración mamaria.
Medicación en quirófano: Administramos profilaxis antibiótica con Augmentine. Durante la intervención se administra Omeprazol y Fortecortín 2 ampollas en bolo. Se realiza también analítica completa de sangre.

Plan de cuidados y valoración por patrones funcionales de Marjorie Gordon

1. Patrón percepción manejo de la salud
El objetivo es conocer la opinión personal del paciente y cómo es su situación de bienestar.
Este patrón se encuentra alterado ya que nuestra paciente sufre de una tumoración y va a ser intervenida en quirófano.
 Diagnósticos de enfermería
00004 Riesgo de infección
Relacionado con tumoración mamaria
Manifestado por dolor en la zona afectada y leve inflamación
Quirófano
CASO CLINICO
Autor: Andrea Ginés García
- NOC Indicadores
0702 Estado inmune 070202 Estado respiratorio 3 (Moderado)
0702023 Estado genitourinario 4 (Leve)
070204 Temperatura corporal 3
070205 Integridad cutánea 3
- NIC
2300 Administración de la medicación
Actividades:
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente
- Medicación empleada con la técnica óptima y por el acceso venoso adecuado
- Desarrollar la política y los procedimientos del centro para la administración precisa y segura de medicamentos

- Observar si se producen efectos adversos, toxicidad o interacciones en el paciente a causa de los medicamentos administrados
- Preparación correcta de los medicamentos
- Registrar la administración de los medicamentos y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo a las guías de la institución
- Llevar a cabo los cinco principios de administración correcta de la medicación
- Vigilar los signos vitales y valores de laboratorio

6520 Análisis de la situación sanitaria

Actividades:

- Toma de constantes, valoración antropométrica integral
- Emplear utensilios sanitarios de calidad

Quirófano

CASO CLINICO

Autor: Andrea Ginés García

6550 Protección contra las infecciones

Actividades:

- Administrar un agente de inmunización cuando resulte oportuno
- Facilitar el descanso
- Observar los signos y síntomas de la infección sistemática o localizada
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad / malestar
- Proporcionar el ambiente adecuado y remitir a una habitación privada si se considera necesario.

6650 Vigilancia

2. Patrón nutricional metabólico

Este patrón se encuentra alterado ya que nuestra paciente acude en ayuno a la operación y debemos controlar muy bien el volumen de líquidos que administramos.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Relacionado con disminución de ingesta de líquidos

Manifestado por el periodo de ayuno

- NOC Indicadores

0204 Consecuencias de la inmovilidad Estreñimiento 3 (Moderado)

Fisiológicas

Hipoactividad intestinal 2 (Sustancial)

Quirófano

CASO CLINICO

Autor: Andrea Ginés García

1101 Integridad tisular: piel y membranas

Mucosas 110102 Sensibilidad 2 (Sustancial)
110111 Perfusión tisular 3
(Moderado)
- NIC
3590 Vigilancia de la piel
Actividades:
- Comprobar la temperatura de la piel
- Observar enrojecimiento o pérdida de integridad cutánea
- Observar si existen fuentes de tracción o presión
6550 Protección contra las infecciones
Actividades:
- Administrar agente de inmunización si resulta oportuno
- Observar signos y síntomas de infección
- Obtener muestras para cultivo si resulta necesario
- Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales.
3. Patrón eliminación
No se encuentra alterado
4. Patrón actividad ejercicio
Se encuentra alterado ya que es una mujer hipertensa que apenas realiza ejercicio físico.
00094 Riesgo de intolerancia a la actividad
Relacionado con hipertensión arterial
Manifestado por falta de ejercicio diario
- NOC Indicadores
0101 Estado circulatorio 040104 Presión arterial media
040138 Temperatura cutánea
040139 Color de la piel
- NIC
0180 Manejo de la energía
Actividades:
- Determinar las causas de la fatiga y las limitaciones físicas del paciente
- Favorecer la expresión verbal de los sentimientos a cerca de las limitaciones
- Favorecer la actividad física
5. Patrón sueño descanso
No se encuentra alterado ya que nuestra paciente acude descansada a quirófano.
6. Patrón cognitivo perceptual

Describe los patrones sensorio-perceptuales y sensitivos. La percepción del dolor y como se resuelve también se incluyen cuando proceda. Se describen las habilidades cognitivas-funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones.
En nuestro caso este patrón se encuentra alterado pues el paciente refiere dolor asociado a órganos internos y manifiesta un dolor intenso.
 Diagnósticos de enfermería
00132 Dolor agudo
Relacionado con agentes lesivos físicos
Manifestado por cambios en el patrón sueño, informes verbales de dolor y cambios en el patrón respiratorio.
- NOC Indicadores
1605 Control del dolor 160501 Reconoce factores causales
4 (Frecuente. Demostrado)
160502 Reconoce el comienzo del dolor
4 (Frecuente. Demostrado)
160503 Utiliza medidas preventivas
3 (A veces demostrado)
160507 Refiere síntomas al profesional sanitario
4 (Frecuente. Demostrado)
160509 Reconoce los síntomas de dolor
3 (A veces demostrado)
2100 Nivel de comodidad 210001 Bienestar físico 3 (Moder.satisfecho)
210002 Control del síntoma
3 (Moder. Satisfecho)
210008 Control del dolor
2 (Algo satisfecho)
2102 Nivel de dolor 210201 Dolor referido 2 (Sustancial)
210204 Duración de los episodios de dolor
3 (Moderado)
210206 Expresiones faciales de dolor
3 (Moderado)
- NIC
1400 Manejo del dolor
2210 Administración de analgésicos prescritos
2380 Manejo de la medicación
7. Patrón autopercepción autoconcepto
Este patrón evalúa el autoconcepto (cómo se ve la persona) y el estado de ánimo.

Incluyendo actitud, imagen corporal, así como la comunicación no verbal y verbal
Este patrón estuvo alterado como consecuencia del temor a operarse.
 Diagnósticos de enfermería
00146 Ansiedad
Relacionado con amenaza en el estado de salud
Manifestado por expresión de preocupaciones ocasionadas por la situación actual.
- NOC Indicadores
1211 Nivel de ansiedad 121117 Ansiedad verbal 3 (A veces demostrado)
121119 Aumento de
La presión sanguínea (No comprometido.)
1402 Autocontrol ansiedad 140215 Ausencia de manifestaciones
Físicas de ansiedad 3 (A veces demostrado)
140217 Controla la respuesta
A la ansiedad 4 (frecuentemente. Demostrado)
- NIC
2300 Administración de la medicación prescrita
4920 Escucha activa
5270 Apoyo emocional
5820 Disminución de la ansiedad
Actividades:
- Animar a la manifestación de inquietudes y sentimientos
- Administrar medicamentos si precisa
- Escuchar con atención
- Crear un ambiente amigable
- Tener en cuenta la capacidad de toma de decisiones del paciente
8. Patrón rol relaciones
Este patrón se encuentra alterado ya que nuestra paciente está experimentando un periodo familiar complicado como consecuencia del cáncer.
 Diagnósticos de enfermería
00136 Duelo
Relacionado con detección del cáncer
Manifestado por estado de ánimo alterado y sufrimiento
- NOC Indicadores
1304 Resolución de la aflicción 130401 Expresa sentimientos 3 (A veces)
130417 Busca apoyo social 4 (Frecuentemente.)
2601 Clima social
De la familia 260101 Participa en actividades conjuntas 2 (raro)

- NIC
5290 Facilitar el duelo
Actividades:
- Animar a la paciente a expresar sus sentimientos
- Ayudar al paciente a identificar su dolor
- Identificar fuentes de apoyo social
- Incluir, si procede, a los seres queridos en la toma de decisiones
7100 Estimulación de la integridad familiar
Actividades:
- Ayudar a mantener unas relaciones positivas familiares
- Facilitar la armonía familiar
- Acordar los cuidados que deben prestarse a la paciente una vez abandone la zona quirúrgica.
7140 Apoyo a la familia
Actividades:
- Orientar a la familia y prestarles la información que precisen, enseñarles los planes de cuidados.
- Ofrecer siempre una esperanza realista
9. Patrón sexualidad reproducción
No se encuentra comprometido en nuestro paciente
10. Patrón adaptación tolerancia al estrés
No se encuentra alterado en este caso
11. Patrón valores creencias.
No se encuentra alterado

Protocolo quirúrgico tumorectomía
Cáncer de mama izquierda con biopsia selectiva de ganglio centinela
 Diagnóstico: Cáncer de mama izquierdo
 Intervención: Cirugía conservadora con BSGC.
La biopsia selectiva del ganglio centinela es un procedimiento diagnóstico aceptado para la estadificación axilar del cáncer de mama. Dicha técnica incluye el uso de trazador isotópico como marcador del ganglio. Se puede emplear la técnica mixta
(trazador isotópico más colorante) y se desaconseja aquella que solo emplea colorante. El inconveniente de los colorantes (habitualmente azul Isosulfán, patente o de metileno) es la dispersión en el lecho tumoral y las reacciones alérgicas, que pueden aparecer en un 1% de los casos y que se pueden solventar con la administración de antihistamínicos y medicación como corticoides, entre otros.
 Tipo de anestesia: General.

 Monitorización quirúrgica: Pulsioxímetro,EEG Tensión arterial y ECG
 Posición quirúrgica: decúbito supino anti-trendelenburg inclinada hacia la derecha.
 Mesa quirúrgica: se coloca la mesa de mayo al lado contrario de la mama que se está interviniendo para facilitar la instrumentación al cirujano.

Equipo

 Equipo textil estéril

Instrumental

Caja de bocio:

 Mango de bisturí grande .1.
 Mango de bisturí pequeño .1.
 Tijeras de disección .3.
 Tijera de hilos .1.
 Pinza de disección s/d .2.
 Pinza de disección c/d .2.
 Pinza de Adson s/d .2.
 Pinza de Adson c/d .2.
 Pinzas Kocher con dientes .6.
 Pinzas Kocher sin dientes .8.
 Pinzas mosquitos .6.
 Pinzas Allis .3.
 Pinzas Babcock .4.
 Pinzas portatorundas .2.
 Pinza Bernhard (tipo Pozzi corta) .1.
 Disectores .3.
 Portaagujas .2.
 Clanes bulldog .5.
 Separadores Farabeuf pequeños .2.
 Separadores Farabeuf grandes .2.
 Separadores de Langenbeck .2.
 Separadores de Rouss .2.
 Separadores de gancho pequeño .2.
 Pinza de segundo campo .1.
 Pinzas tipo cangrejos .4.
 Sonda acanalada tipo Kocher .1.
 Aguja de gancho .1.
 Cápsulas .2.
 Separador anatómica de 3 ramas .2.

 Pinzas Bengoleas .2.
 Valvas Doyen .1.
Códigos de color: ROJO+AZUL+AMARILLO
Material esterilizable
 Bisturí eléctrico monopolar
Material fungible
 Hoja de bisturí del 19
 Bisturí del número 15 con mango desechable.
 Toma de tierra de bisturí
 Funda de cámara
 Protectores de lámpara
 Compresas y gasas
 Bote de anatomía patológica
 Puntos de aproximación grandes
Material fijo
 Sonda detectora de ganglio centinela
Suturas
 Vicryl 2/0
 Vicryl 3/0
 Ligadura 2/0
Farmacia
 Suero fisiológico
 Povidona yodada
Limpieza y esterilización
Una vez finaliza la intervención el material empleado debe pasar por una serie de productos químicos para eliminar cualquier resto de materia orgánica. La limpieza puede ser manual o mecánica (mediante máquinas lavadoras desinfectantes), la esterilización puede ser:
 - Mediante agentes físicos: por calor seco o por calor húmedo (autoclave de vapor). Este se emplea en material termorresistente.
- Mediante agentes químicos: óxido de etileno, formaldehido, gas plasma, ácido peracético. Se emplea para material termosensible.

4 Discusión-Conclusión

 El estudio histológico del ganglio centinela nos permite valorar y evaluar el grado de infiltración tumoral de los ganglios axilares y reducir en gran medida las linfadenectomías axilares.

 Cualquier técnica invasiva debe presentar un beneficio para el paciente que supere la morbilidad que pueda ocasionarle.
 Los estudios y ensayos clínicos llevados a cabo en la actualidad no han podido demostrar que exista un beneficio en la supervivencia global para la realización de la BSGC seguida o no de linfadenectomía.
 Es posible que se pueda obtener información de utilidad similar con menos riesgo para el paciente empleando otras técnicas, como análisis de datos clínicos, pruebas de imagen, proteómica o genómica.
 En el presente caso debemos atender tanto al plano técnico de la intervención como al plano psicoemocional del paciente, puesto que el ambiente quirúrgico resulta hostil y debemos fortalecer el entorno de confianza para así generar más seguridad, disminuir errores y obtener mejores resultados.
 Los principales diagnósticos de este caso se centran en el patrón de percepción manejo de la salud y en el patrón cognitivo perceptual, dentro de los cuales destacamos el diagnóstico riesgo de infección, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, dolor agudo y la ansiedad.

5 Bibliografía

1. Protocolo para la cirugía del cáncer de mama. Dr. Soriano Bru, JL. Dra. Alós Zaragozá,L. Servicio de anestesia, reanimación y tratamiento del dolor. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Disponible en: https://chguv.san.gva.es/documents/10184/49075/SARTD-PROTOCOLOS+DE+ANESTESIA+CIRUG%C3%8DA+CANCER+DE+LA+MAMA.pdf/92cc59d1-5462-46c9-b67b-1a58ab5d2174
2. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020, undécima edición. Elsevier España; 2019.
3. Wong SL, Faries MB, Kennedy EB, Agarwala SS, Akhurst TJ, Ariyan C, et al. Sentinel lymph node biopsy and management of regional lymph nodes in melanoma: American Society of Clinical Oncology and Society of Surgical Oncology Clinical Practice Guideline Update. Ann Surg Oncol. 2018;25:356
4. Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revisión 2013 de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Rev Senol Patol Mamar. 2014;27(1):43-53
5. D.L. Morton, J.F. Thompson, A.J. Cochran, N. Mozzillo, O.E. Nieweg, D.F. Roses, et al. Final trial report of sentinel-node biopsy versus nodal observation in melanoma. N Engl J Med, 370 (2014), pp. 599-60.

6. Noguchi M. Axillary reverse mapping for preventing lymphedema in axillary lymphe node dissection and/or sentinel lymph node biopsy. Breast Cancer. 2010;17:155-57.

Capítulo 35

ENFERMERÍA EN LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA

ANA MARIA PECES MARTIN

JESÚS UREÑA DE LA RUBIA

MÓNICA LYLIÁM PEREYRA MARECO

MARIA SALGUERO GARCIA

ELENA GÁLVEZ GÓMEZ

1 Introducción

Desde el punto de vista médico, el término fístula arteriovenosa (FAVI) describe una conexión anormal entre una arteria y una vena. Puede ser congénita, traumática o quirúrgica. Puede aparecer en cualquier parte del organismo, aunque el lugar más frecuentes son las extremidades.

En circunstancias normales la sangre viaja desde las arterias a los órganos y retorna al corazón a c a través de las venas. Cuando existe una FAVI, parte del flujo sanguíneo pasa directamente de la arteria a la vena sin alcanzar la circulación capilar, por lo tanto la oxigenación de los tejidos afectados puede ser deficiente, sobre todo si el volumen de sangre desviada es importante y no existen otras ramas colaterales que la compensen.

En este caso que tratamos a continuación, la utilización de la fístula arteriovenosa, va dirigido o al tratamiento renal sustitutivo (TRS) de aquellos pacientes cuya fun-

ción renal natural es insuficiente para mantener el equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base del paciente.
El tratamiento de filtración de la sangre mediante el uso de la FAVI, se denomina hemodiálisis (HD) y es la fístula arteriovenosa el método de elección para llevar a cabo la HD. Cuando esto no es posible, se suele recurrir al uso de catéteres temporales en vasos de gran calibre, pero como su propio nombre indican son temporales, por lo tanto es necesario la realización de la FAVI para una correcta ejecución del TRS.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Dar a conocer los conocimientos necesarios para el cuidado de la fístula arteriovenosa o FAVI.

Objetivos secundarios:
- Identificar signos y síntomas de buena progresión de la FAVI.
- Saber aplicar los cuidados pertinentes, en las distintas etapas del proceso.

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

Uno de los objetivos finales de la HD, es conseguir que la mayoría de los pacientes, que inician este tratamiento, sea a través de un buen acceso venoso (AV).
Por lo que la FAVI, es el acceso venoso de elección. Para conseguir el correcto funcionamiento de la FAVI, se necesita un tiempo, al cual se le llama "periodo de maduración", por lo que su realización se programa con el tiempo suficiente a la entrada del paciente en HD, por tanto, se necesita una buena coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen en la planificación y realización de este proceso.

En la actualidad, y después de muchos años, se ha demostrado que la fístula radiocefálica, sigue siendo el AC de elección para el tratamiento de la HD debido a su baja incidencia de complicaciones, presentando una alta tasa de permeabilidad y uso en un periodo largo de tiempo. Además persigue el objetivo de AV, como es ser un acceso periférico, fácilmente accesible con flujo suficiente para la realización de la HD y que ofrece, si fuese necesario, la realización de fístulas más proximales. Los cuidados de enfermería, se clasifican, en función del momento en el que se encuentre el paciente portador de la FAVI:

- Periodo previo a la realización de la FAVI.
- Periodo postquirúrgico inmediato y tardío.
- Periodo de maduración de la FAVI.
- Periodo de utilización de la FAVI en HD,

A: Cuidados previos a la realización de la FAVI: Los profesionales de las unidades de diálisis o prediálisis, deben llevar a cabo una educación al paciente e iniciar la vigilancia y monitorización del AV elegido para el tratamiento de la HD. El paciente debe estar informado y haber firmado el consentimiento informado de dicha intervención quirúrgica.

B: Periodo postquirúrgico inmediato y tardío: Los cuidados de enfermería van dirigidos a identificar signos y síntomas que puedan desencadenar una complicación que pueda llevar al fracaso de la FAVI.

Cuidados inmediatos:

- Estado general y constantes vitales del paciente.
- Trhill y soplo del AV.
- Pulso del miembro.
- Apósito quirúrgico.
- Temperatura y color del miembro.

Cuidados tardíos:

- Elevación del miembro implicado para favorecer el retorno venoso, y evitar así el edema.
- Instruir al paciente en cuidados de higiene: Quitar el apósito tras 48 horas de la intervención, mantener el apósito seco y cambiar si está húmedo. Lavar el brazo con agua y jabón y cubrir la zona si existe riesgo de lesiones.
- Movilizar el brazo afecto, sin realizar ejercicios bruscos.
- No realizar ninguna otra técnica de enfermería en el miembro afecto, tales como toma de tensión, venopunciones o cualquier otra que pueda comprometer el correcto funcionamiento de la FAVI.
- Evitar vendajes.
- Instruir al paciente para favorecer el buen desarrollo de la FAVI, tras las primeras

72h después de la cirugía, como pueden ser los ejercicios de pelota.
- Instruir al paciente, en síntomas que puedan llevar al fracaso de la FAVI.

C: Periodo de maduración: Los cuidados van dirigidos al autocuidado del paciente, a la valoración de signos y síntomas que evidencien riesgo y el seguimiento por parte de los profesionales.
- Medición del flujo del AV mediante ultrasonidos.
- Aparición de complicaciones.

D: Periodo de utilización: Los cuidados de enfermería van encaminados a poder utilizar la FAVI como acceso venoso para el inicio de la HD:
- Observar el estado general de la FAVI, así como signos y síntomas de complicación para el uso y punción de la misma.
- Retirada según procedimiento de los puntos quirúrgicos. Esto se realizará previamente a la punción de la FAVI.

Durante y al finalizar la sesión de hemodiálisis, los cuidados propiamente dichos son:
- Evitar manipulaciones de la aguja de punción.
- Valorar signos y síntomas de disfunción.
- Retirada de la aguja de forma cuidadosa para evitar traumatismos.
- Para la hemostasia, realizar una ligera presión sobre el punto de punción mínimo de 10-15 min.
- Minimizar riesgos de sangrado.
- Fomentar de nuevo, los autocuidados del paciente.

5 Discusión-Conclusión

- El objetivo principal del cuidado de la FAVI es preservar la integridad del paciente.
- Los profesionales implicados en el cuidado de la fístula arteriovenosa, deben estar perfectamente instruidos en la materia tanto teórica como práctica, para evitar riesgos innecesarios en el manejo y cuidado de la fístula en las diferentes etapas del proceso.
- Al igual que los profesionales deben estar instruidos en el cuidado de la fístula arteriovenosa, es muy importante que tanto el paciente como los cuidadores principales, sean instruidos en el manejo y cuidado de la fístula arteriovenosa en las distintas etapas que hemos explicado, para evitar así riesgos innecesarios.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000200167.
2. https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000591.html.
3. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000200167.
4. https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000591.htm.

Capítulo 36

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA RECOLECCIÓN DE ORINA EN BEBÉS Y NIÑOS

ANA MARIA PECES MARTIN

JESÚS UREÑA DE LA RUBIA

MÓNICA LYLIÁM PEREYRA MARECO

MARIA SALGUERO GARCIA

ELENA GÁLVEZ GÓMEZ

1 Introducción

A veces el médico puede necesitar verificar la orina de un niño o un bebe para buscar bacterias o gérmenes que causan infecciones. Para realizar este análisis, la enfermera/o debe recolectar una muestra de la orina de su hijo.
La recolección de orina en niños que no están entrenados para ir al baño puede ser una tarea difícil para enfermería.
Las muestras que se toman de almohadillas, pañales o bolsas pueden ser unos métodos apropiados para obtener una muestra de orina en niños que no están entrenados para ir al baño.
Todos los métodos que son utilizados para recolectar muestras de orina pueden resultar que tengan contaminación con bacterias externas a la vejiga lo cual

puede llevar a un diagnóstico erróneo e implica un tratamiento innecesario o requerir que se repita una muestra, lo que tiene implicaciones para el paciente.
Por todo ello es muy importante limpiar bien la zona antes de recoger la muestra de orina. Después de este paso, ayudará a recoger una muestra limpia de orina.
En un servicio de urgencias, la técnica de estimulación de la vejiga es una técnica rápida y eficaz para obtener muestras de orina limpia en lactantes y en especial en los menores de 90 días.
Existen 3 métodos para recolectar orina que son:
- Métodos invasivos de recolección de orina.
- Métodos no invasivos de recolección de orina.
- Métodos no invasivos versus métodos invasivos.

Teniendo en cuenta los posibles efectos adversos de los métodos invasivos, el procedimiento para obtener orina limpia podría ser una buena alternativa a los métodos invasivos.

2 Objetivos

Describir los métodos que hay de obtención de una muestra de orina de un niño.

3 Metodología

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

4 Resultados

Estos son los 3 métodos para recolectar orina:
- Métodos no invasivos de recolección de orina: este método no invasivo más popular utilizado para niños es la captura limpia. Esto implica tomar una muestra sosteniendo una botella de muestra estéril en la corriente de orina. Las bolsas de recolección de orina y las almohadillas de recolección de orina también se pueden usar para recolectar orina.
- Métodos invasivos de recolección de orina:

Obtener una muestra de orina no contaminada de un recién nacido o un bebé enfermo puede ser difícil. En estas circunstancias, se recomienda el uso de métodos invasivos como la aspiración suprapúbica (SPA) o el cateterismo. Las cuestiones de consentimiento deben solicitarlas a los padres, ya que la aspiración suprapúbica puede conllevar un riesgo, aunque las complicaciones son muy raras.

- Métodos no invasivos versus métodos invasivos:

Se han comparado los métodos no invasivos e invasivos de recolección de orina. La validez del análisis de orina de muestras de una bolsa de recolección de orina y un catéter se exploró en un estudio, se encontró que las muestras obtenidas de la bolsa de recolección de orina eran más sensibles a la prueba con tira reactiva que las de catéter.

Estos son los pasos para recolectar una muestra de orina de un niño por enfermería.

1. Se le dice lo que va a hacer como limpiar su "parte íntima" y recoger una muestra.
2. Lavarse las manos con jabón antibacteriano y secárselas bien las manos.
3. Ponerse los guantes no estériles.
4. Decirle al niño que se acueste boca arriba o con las piernas separadas. Ofrézcale toda la privacidad que sea necesaria.
5. Tirar el prepucio hacia atrás de modo que pueda limpiar bien la superficie del pene con las gasas estériles 4x4 humedecidas en pHisoHex.
6. Con una gasa nueva y agua estéril, limpiar el pHisoHex y secar la zona.
7. Decirle al niño que se siente sobre el retrete o el recipiente de recolección para orinar.

5 Discusión-Conclusión

Se deben usar los métodos invasivos cuando un bebé no se encuentra bien y se necesita urgentemente una muestra de orina para fines de diagnóstico. Es importante tener en cuenta las políticas y directrices locales cuando se toman decisiones.

Si está la oportunidad de esperar una captura limpia, este método continúa siendo reportado como el estándar de oro y parece tener un nivel constante de confiabilidad comparable a los métodos más invasivos de muestreo de orina.

Siempre hay bacterias en la zona genital. Estas bacterias pueden contaminar la muestra de orina, lo que puede ocasionar unos resultados falsos. Por este motivo, es muy importante limpiar bien esta zona antes de recoger una muestra de orina.

6 Bibliografía

1. https://www.stjude.org/content/dam/es_LA/shared/www/do-you-knowspanish/sedation-urine-cul-childteen-spa.pdf.
2. Whiting, P. et al (2006) Efectividad clínica y rentabilidad de las pruebas para el diagnóstico e investigación de la infección del tracto urinario en niños: una revisión sistemática y un modelo económico

Capítulo 37

ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL

ANA MARIA PECES MARTIN

JESÚS UREÑA DE LA RUBIA

MÓNICA LYLIÁM PEREYRA MARECO

MARIA SALGUERO GARCIA

ELENA GÁLVEZ GÓMEZ

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos neonatal (UCIN) es una unidad asistencial hospitalaria en la que ingresan aquellos recién nacidos con patología médico-quirúrgica o con compromiso vital que precisan de medios y cuidados específicos para sobrevivir.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define cómo recién nacido prematuro a aquel que ha nacido antes de completarse las 37 semanas de gestación. El nacimiento de un recién nacido prematuro está condicionado por varios factores de riesgo entre los que destacan la salud de la madre y el desarrollo fetal.

La prematuridad está considerada hoy en día como un problema de salud pública debido a la morbilidad y mortalidad que genera además de los costes que provoca la atención de un recién nacido prematuro.

Según la (OMS), se estima que cada año nacen en el mundo quince millones de niños prematuros. Muchos de los que sobreviven sufren algún tipo de discapaci-

dad de por vida, por eso es fundamental en el impacto de la calidad de vida de los mismos unos buenos cuidados de enfermería dentro de la unidad.
Las principales labores de las enfermeras en la UCIN son el mantenimiento y control de la termorregulación, el control de las constantes vitales y la prevención de infecciones entre otros muchos. Estos cuidados son fundamentales para reducir y evitar complicaciones del recién nacido prematuro.
Para que las enfermeras puedan desarrollar adecuadamente su labor asistencial es preciso que la UCIN cumpla unos requisitos estructurales y organizativos que garanticen las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender las necesidades de los recién nacidos prematuros. Además es esencial incluir a las familias dentro de las UCIN, ya que se ha observado que la presencia de los padres en el cuidado del recién nacido es fundamental para un adecuado desarrollo del mismo. Se debe proporcionar un entorno adecuado para que los padres estén con sus hijos, además el personal de enfermería también debe ofrecer actividades formativas para incluir a los padres en el cuidado del recién nacido.
Los avances en el cuidado del recién nacido prematuro dentro de la UCIN han ayudado a mejorar su supervivencia y disminuir las secuelas derivadas de su prematuridad. Debido a ello se considera fundamental que todo el personal que trabaja en una UCIN tenga conocimientos específicos que garanticen un correcto cuidado del recién nacido prematuro, en especial las enfermeras que son las que pasan mayor parte del tiempo con el bebé y su familia.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer el trabajo que desarrollan las enfermeras dentro de la UCIN para garantizar un adecuado desarrollo del recién nacido prematuro.

Objetivos secundarios:
- Describir las principales características del recién nacido prematuro y de la UCIN.
- Detallar las principales intervenciones de enfermería dentro de la UCIN.

3 Metodología

Para la realización del trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura existente consultando las principales bases de datos científicas como Cuiden o Scielo, revistas y libros, seleccionando los artículos más relevantes para la elaboración del presente trabajo.

4 Resultados

Los recién nacidos prematuros poseen una serie de características que les hace diferentes del resto de recién nacidos a término. Entre ellos destacan:
- Menor tamaño y peso.
- Piel más rosada, fina y brillante con vasos sanguíneos muy visibles y poco tejido adiposo.
- Acentuada desproporción entre el tamaño de su cabeza y el resto del cuerpo.
- En cuanto al sistema respiratorio suelen presentar taquipnea y son frecuentes las apneas.
- Su aparato digestivo está poco desarrollado por lo que la coordinación de los reflejos de succión y deglución está debilitada.
- Su tono muscular está disminuido por lo que sus extremidades no están flexionadas a diferencia de los recién nacidos a término.
- Su inmadurez neurológica hacen que pasen la mayor parte del día en un estado de somnolencia.

Debido a las anteriores características citadas y a la inmadurez de sus sistemas y aparatos, son propensos a sufrir una serie de patologías que hacen necesario su ingreso en la UCIN. Las principales patologías que presentan los recién nacidos prematuros son:
- Patología neurológica: hemorragia intraventricular, leucomalacia; el ingreso en la UCIN es fundamental, ya que la sintomatología de este tipo de patologías es poco perceptible y generalizada.
- Patología respiratoria: entre los que destaca el déficit de síntesis de surfactante y el desarrollo incompleto de los vasos sanguíneos que riegan el pulmón. Esto provoca un déficit en la función pulmonar que debe ser suplida en la UCIN.
- Patología oftalmológica: destacando en este grupo la retinopatía.
- Patología cardiovascular: resaltando aquí la hipotensión arterial y la persistencia del ductus arterioso.
- Patología relacionada con el sistema inmune: la inmadurez y debilidad del sistema inmune hacen propenso al recién nacido prematuro de sufrir sepsis.
- Patología gastrointestinal: la estenosis necrosante es la patología más frecuente.
- Patología endocrino-metabólica: el hipo o hipertiroidismo son dos de las patologías más prevalentes en el recién nacido prematuro debido a la inmadurez de sus glándulas endocrinas.

Para solventar todo este tipo de patologías y garantizar una supervivencia y buena calidad de vida del recién nacido prematuro es fundamental su ingreso en la UCIN, donde el personal de enfermería es el principal encargado del cuidado y

manejo del recién nacido. Los cuidados del recién nacido prematuro son muchos y muy minuciosos:
- Toma de constantes vitales como mínimo cada 4 horas.
- Control de su temperatura que debe estar entre 36.5 y 37º C.
- Control de la humedad de la incubadora, siendo recomendable un 75 %.
- Cuidados de la piel evitando el uso de apósitos y previniendo la aparición de úlceras o heridas derivadas del material necesario para el soporte vital del recién nacido.
- Control del peso: fundamental para observar su correcto desarrollo.
- Control de la saturación de oxígeno y aporte del mismo.
- Manejo de la ventilación asistida en aquellos prematuros que lo precisen.
- Aspiración de secreciones para mantener la vía aérea permeable.
- Canalización de acceso vascular y administración de medicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Para lograr la excelencia en el cuidado del recién nacido prematuro es esencial conocer las características del mismo así como las principales patologías derivadas de su condición. El personal de enfermería ejerce un papel fundamental en el cuidado y correcto desarrollo del recién nacido prematuro durante su estancia en la UCIN, ya que además de conocer sus características identifican sus necesidades y trabajan para suplirlas. Por ello se considera fundamental que todas las enfermeras que trabajen en la UCIN sean conocedoras del plan de cuidados de enfermería y las fases e intervenciones que lo componen. Además es imprescindible la implicación de los padres en el cuidado del bebé ya que se ha observado que favorece el correcto desarrollo del mismo.
Desarrollando unos cuidados de calidad y unificando criterios se conseguiría aumentar las cifras de supervivencia de los recién nacidos prematuros, evitando las complicaciones y disminuyendo las posibles secuelas derivadas de la prematuridad.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades de Neonatología, estándares y recomendaciones de calidad [Internet]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_A ccesible.pdf.

2. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2016; 81(4): [330-42]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012.
3. Althabe F, Howson CP, Kinney M, Lawn J, World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204%5Fborntoosoon-report.pd.
4. Sánchez-Quiroz F, Álvarez-Gallardo L. Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado. Enferm Univ [Internet] 2018 15(4): [428-41]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v15n4/2395-8421-eu-15-04-428.pd.
5. Manual MSD [sede web]. España: Stavis RL; 2019. Recién nacido prematuro [aproximadamente 14 pantallas]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemasperinatales/reci%C3%A9n-nacidosprematuros?query=recien%20nacido%20prematuro.
6. Egan MF. El ABC del cuidado de enfermeria en los bebes prematuros extremos, estadísticas clasificación y recepción en la sala de partos. Rev Enfer Neon [Internet] 2011(1): [8-12]. Disponible en: https://www.fundasamin.org.ar/archivos/El%20ABD%20del%20cuidado%20de%20enf ermeria%20en%20los%20bebes%20prematuros%20extren
7. Cruz Cabrera I, Serrano Martín D, Guede Cid MT. Enfermería en el cuidado del recién nacido prematuro. Enfermería Pediátrica [Internet] (83): [26-31]. Disponible en: https://docplayer.es/17258896-Enfermeria-en-elcuidadodel-recien-nacido-prematuro-infirmary-in-the-care-of-the-prematurenewbornchild.ht

Capítulo 38

GASOMETRÍA ARTERIAL, INTERPRETACIÓN, MANEJO Y ACTUACIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS VALORES OBSERVADOS

ALMUDENA AROCA LOPEZ

MARTA ALISEDA DIEZ-MADROÑERO

LAURA PLAZA SERRANO

ALVARO GARCIA ALGABA

MARIA JOSE ARÉVALO LÓPEZ

1 Introducción

La gasometría arterial (GA) es una prueba, realizada por la enfermera, por la cual se procede a la extracción de sangre de una arteria previo consentimiento verbal del paciente. Dicha muestra se realiza debido a la necesidad de analizar los gases del individuo en ese preciso momento, es decir, para observar el estado de oxigenación, ventilación y ácido-base en el que se encuentra el enfermo, ayudando a entender a los profesionales sanitarios, la situación de gravedad en la que se encuentra el paciente y la evolución del mismo ante las intervenciones terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas realizadas hasta ese instante.

Este procedimiento se puede realizar mediante la punción de una arteria o, con la extracción de la muestra desde un catéter arterial previamente implantado. En ambas técnicas se necesitarán unas jeringas especiales con tapón en cuyo interior hay heparina que evita la coagulación de la muestra.

La técnica precisa de una buena selección de la arteria a puncionar, así, se debe realizar primeramente el test de Allen mediante la compresión/soltura de ambas arterias para observar la circulación colateral, ya que, si en una de ellas fuera negativa, se desecharía la realización de GA. Una vez realizado lo anteriormente mencionado, se escogerá la arteria a puncionar, normalmente la arteria radial, aunque también es válido la arteria braquial o femoral.

Una vez seleccionada la arteria, es muy importante preparar al paciente, explicándole el procedimiento y comentándole que es una técnica dolorosa para que no le pille desprevenido, evitando movimientos indeseados del miembro a puncionar. Es importante que durante la técnica no se altere la respiración con lloros o con apneas. No es una técnica estéril, pero sí que se debe realizar lo más aséptica posible, con limpieza previa de la zona a puncionar con alcohol de 70%.

Para la punción se palpará el pulso con el dedo índice de la mano no dominante, y una vez detectado, se cogerá con la mano dominante la jeringa heparinizada dejando un espacio entre el émbolo de la jeringa y el principio de la jeringa, y, se insertará la aguja con un ángulo de 45º. A continuación, se observará que automáticamente se empezará a llenar la jeringa de sangre, confirmando que se encuentra en la arteria. Una vez extraída la cantidad adecuada, se retirará la aguja y se aplicará presión en el punto de inserción entre 2 – 5 minutos dependiendo de las patologías previas del paciente (anticoagulados, hipertensos, etc.). Se pondrá el tapón a la jeringa, se girará sutilmente para que la muestra se mezcle con la heparina, se identificará con la pegatina del paciente y, se llevará al gasómetro más cercano para proceder a su lectura.

Es muy importante anotar si la GA se hizo basal o con oxigenoterapia. Si el paciente es portador de oxigenoterapia y se desea realizar la GA basal, se debe retirar la oxigenoterapia 30 min antes de la extracción de la muestra si este lo permite.

En los resultados de la GA se pueden observar distintos parámetros, los cuales deben estar entre unos valores predeterminados para que se considere que la persona está sana. Dichos parámetros y valores son los siguientes:

- Iones hidrógeno (pH): Los valores deben estar entre 7,35-7,45 y se puede definir como la relación que hay en el medio interno entre la concentración de ácidos y bases. Se puede observar que: o pH < 7,35 se considera ácido (acidosis). o pH > 7,45 se considera básico o alcalino (alcalosis).

- Presión parcial de oxígeno (PaO2): es la presión del oxígeno que está disuelto en la sangre y cómo de bien se desplaza de los pulmones a la sangre. Sus valores están entre 80-100 mmHg. Se considera hipoxemia cuando la PO2 < 80 mmHg.
- Presión parcial de dióxido de carbono (PaCO2): Es la presión del dióxido de carbono que está disuelto en la sangre y cómo se elimina del organismo. El rango en el que debe estar es entre 35-45 mmHg. Se puede observar que: o PCO2 < 35 mmHg, se considera hipocapnia. o PCO2 > 45 mHg, se considera hipercapnia.
- Bicarbonato (HCO3-): es una sustancia química que regula el pH para impedir que la sangre se haga demasiado ácida o demasiado básica. Sus valores suelen estar entre 22-26 mEq/l.
- Saturación de oxígeno (SaO2): es la cantidad de oxígeno transportado en los glóbulos rojos unido a la hemoglobina. Su rango suele estar entre 95-100%.

También se pueden observar hemoglobina (tHb), hematocrito (Hto), fracción de carboxihemoglobina (FCOHb), fracción de metahemoglobina (FMetHb), así como electrolitos: sodio (Na+), potasio (K+), cloro (Cl-) y calcio (Ca2+), y, metabolitos: lactato, glucosa, urea y creatinina.

2 Objetivos

Dar a conocer la interpretación, el manejo y la actuación por parte de enfermería según los valores observados en la gasometría.

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 acidosis es una patología en la cual se observa o un aumento de ácidos como el CO_2 en la sangre o, un descenso del bicarbonato sanguíneo.
Por el contrario, la alcalosis es una afección en la cual existe un aumento de bases en sangre. Es decir, se observa o un aumento del bicarbonato o un descenso del CO2 en sangre.

Ambas situaciones son producidas por un desajuste del equilibrio ácido-base que mantienen tanto los pulmones como los riñones. Para compensar y restablecer el equilibrio, en los medios ácidos, los pulmones aumentarán la velocidad y profundidad ventilatoria y, los riñones retendrán más bicarbonato; mientras que, en los medios básicos, los pulmones disminuirán la velocidad y profundidad ventilatoria y, los riñones expulsarán bicarbonato.

A) ACIDOSIS METABÓLICA.

La acidosis metabólica es un trastorno por el cual se observa un aumento de ácido en el organismo, ya que los riñones no son capaces de eliminarlos y, una disminución de bicarbonato en sangre. Hay diferentes tipos de acidosis metabólica, estas son:

- Acidosis diabética o cetoacidosis diabética debido a un aumento de los cuerpos cetónicos en sangre en personas diabetes no controladas.
- Acidosis hiperclorémica debido a una disminución de bicarbonato de sodio en sangre debido a deshidrataciones o diarreas intensas.
- Acidosis tubular renal debido a enfermedades renales.
- Acidosis láctica debido a una disminución de oxígeno en sangre.
- Intoxicaciones medicamentosas.

Los síntomas característicos de la acidosis metabólica van a depender de la enfermedad que los provoque. Así, se puede observar respiración rápida y profunda, confusión, hipotensión, cefalea, letargo, shock, convulsiones o incluso la muerte en situaciones muy graves.

En la gasometría arterial se podrá observar:

- pH < 7,35 (acidosis).
- HCO3 < 22 mEq/l.
- pCO2 < 35 mmHg.

El tratamiento irá encaminado a resolver la patología base que está provocando dicha situación, disminuyendo la cantidad de ácidos en sangre y aumentando el déficit de bases, con la administración sobre todo de bicarbonato 1M o bicarbonato 1/6M.

B) ACIDOSIS RESPIRATORIA.

La acidosis respiratoria, también llamada acidosis hipercápnica, es la afección en la cual se observa un aumento de la concentración de CO_2 en sangre, ya que el organismo es incapaz de eliminar este ácido mediante la respiración debido a patologías relacionadas con el sistema respiratorio como deformaciones/lesiones del tórax, debilidad de los músculos torácicos o trastornos neuromusculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), uso abusivo de sedantes, es decir, situaciones de hipoventilación.

Los síntomas característicos que se pueden observar en dicha patología son visión borrosa, cefalea, confusión, fatiga, letargo, dificultad respiratoria, somnolencia y coma.
En la gasometría arterial se podrá observar:
- pH < 7,35 (acidosis).
- HCO3 > 26 mEq/l.
- pCO2 > 45 mmHg.

El tratamiento irá encaminado a resolver la patología base que está provocando dicha situación, administrando broncodilatadores, corticosteroides, oxigenoterapia, incluyendo la intubación y ventilación mecánica en situaciones graves.
C) ALCALOSIS METABÓLICA.
La alcalosis metabólica es un trastorno en el cual se observa un aumento de la concentración de bases en sangre o, una pérdida excesiva de ácidos, ya que el organismo realiza un aumento de la absorción, vía digestiva o renal, de ácidos debido a vómitos prolongados, exceso de administración de diuréticos y, exceso de administración de bicarbonato o antiácidos alcalinos en tratamientos de malestar gastrointestinal o úlceras pépticas.
Los signos y síntomas característicos que se pueden observar en dicha patología son debilidad, calambres musculares, mareos, vértigos posturales, tetania por hipocalcemia hiperirritabilidad, convulsiones, sed, depresión respiratoria, trastornos mentales, cambios tanto en el electrocardiograma (ECG) como en la hiperkalemia.
En la gasometría arterial se podrá observar:
- pH > 7,45 (alcalosis).
- HCO3 > 26 mEq/l.
- pCO2 > 45 mmHg.

El tratamiento que se administrará irá encaminado a disminuir la cantidad de bases en sangre y aumentar el déficit de ácidos con la administración de
Suero Salino Fisiológico 0,9%. Además de la administración de ClK (en caso de hipopotasemia) o NaCl (en caso de alcalosis graves).
D ALCALOSIS RESPIRATORIA.
La alcalosis respiratoria es la afección en al cual se observa una disminución de la concentración de CO_2 en sangre debido a patologías como estrés, ansiedad, miedo, dolor, fiebre, sepsis, asma, embolismo pulmonar, insuficiencia hepática o lesiones del sistema nervioso central (SNC) en el embarazo, es decir, en situaciones de hiperventilación.
Los síntomas característicos que se pueden observar en dicha patología son parestesias en manos, pies y labios, irritabilidad, ansiedad, depresión, deterioro

del nivel de conciencia, síncope, arritmias ventriculares o fibrilación ventricular.
En la gasometría arterial se podrá observar:
- pH > 7,45 (alcalosis).
- HCO3 < 22 mEq/l.
- pCO2 < 35 mmHg.

El tratamiento irá encaminado en controlar la situación de hiperventilación generada, administrando sedantes, además de corregir la hipocalcemia que se produce en dichas situaciones.

5 Discusión-Conclusión

Una mala praxis en la realización de la Gasometría Arterial y una mala hemostasia posterior, conllevaría en el paciente sangrado prolongado, infección, trombo86 sis o arterioespasmos que, si no se soluciona rápidamente puede hacer peligrar la vida del paciente.

Además, el análisis de la GA debe ser realizado inmediatamente para procurar la menor modificación de los resultados debido al oxígeno ambiental o, por la coagulación de la muestra, sí, por el contrario, no se pudiera realizar inmediatamente el análisis, se deberá conservar la muestra en hielo como máximo 30 minutos.

Los sistemas respiratorio y renal son unos grandes sistemas amortiguadores fisiológicos que mantienen el equilibrio ácido-base en el organismo.

Cuando alguno de estos dos, o ambos, fallan el organismo comienza a compensar para llegar al equilibrio, produciéndose los trastornos descritos anteriormente.

Así, el cuerpo eliminará CO_2 en la acidosis metabólica, o retendrá bicarbonato en la acidosis respiratoria. También, puede retener CO_2 en la alcalosis metabólica y, eliminará bicarbonato en la alcalosis respiratoria.

Por lo que, tras la primera GA y la administración del tratamiento pertinentemente pautado, se deberán realizar GA de control a lo largo de la estancia del paciente en el centro hospitalario para ir revalorando la evolución del mismo.

6 Bibliografía

1. CE Melilla. Buenas prácticas y técnicas de extracción de sangre arterial. Colegio Oficial de Enfermería de Melilla [Internet]. Colegio Oficial de Enfermería de Melilla. Colegio Enfermería Melilla; 2022 [citado el 16 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://coemel.es/formacion/infografia-basada-enevidencias-buenas-practicas-y-tecnica-de-extraccion-de-sangre-arterial/.
2. Cortés-Tellés A, Gochicoa-Rangel LG, Pérez-Padilla R, Torre-Bouscoulet L.

Gasometría arterial ambulatoria. Recomendaciones y procedimientos. Neumol Cir Tórax [Internet]. 2017 [citado el 16 de diciembre de 2022];76(1):44–50. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462017000100044.
3. Interpretación de la gasometría en sangre arterial. [Internet]. Nursing Rev. [citado el 16 de diciembre de 2022]. Disponible en: file:///C:/Users/PC/Downloads/S0212538210704763.pdf.
4. Gasometría arterial para enfermería [Internet]. Enfermería Intensiva Top. 2020 [citado el 16 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://enfermeriaintensivatop.com/gasometria-arterial-para-enfermeria/.
5. Tinoco Solórzano A, Román Santamaría A, Charri Victorio J. Gasometría arterial en diferentes niveles de altitud en residentes adultos sanos en el Perú. [Internet] Horiz méd [Internet]. 2017 [citado el 16 de diciembre de 2022];17(3):6 – 10. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300002.
6. Acidosis metabólica [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 16 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000335.htm.
7. Esperón Morejón PJ, Le'Clerc Nicolás J, Hernández Ruiz A. Sistemática para el manejo del equilibrio ácido-base en pacientes graves. Rev Cuba Anestesiol Reanim [Internet]. 2021 [citado el 20 de diciembre de 2022];20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182021000300011&lang=es.
8. Sosa Remón A, Jeréz Álvarez AE, Matos Lastre EA, Álvarez Santisteban OJ, Cuba Naranjo AJ, Remón Chávez CE. Interpretación de la gasometría arterial en la acidosis metabólica. Medicina [Internet]. 2020 [citado el 20 de diciembre de 2022];42(3):439–51. Disponible en: https://www.revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1540.
9. Caravaca-Fontán F, Díaz-Campillejo R, Valladares J, López Arnaldo C, Barroso S, Luna E, et al. Acidosis metabólica en la enfermedad renal crónica: dificultades para una corrección adecuada. Nefrología [Internet]. 2020 [citado el 22 de diciembre de 2022];40(3):328–35. Disponible en: https://www.revistanefrologia.com/esacidosis-metabolica-enfermedad-renal-cronica-articulo-S0211699519301870.
10. Acidosis respiratoria [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 23 de diciembre de
2022]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000092.htm.
11. Alcalosis. [Internet] Medlineplus.gov. [citado el 23 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001183.htm.

12. Alcalosis respiratoria [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 24 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000111.htm.
13. Mohammed HM, Abdelatief DA. Fácil análisis de gases en sangre: Implicaciones para la enfermería. Egypt J Chest Dis Tuberc [Internet]. 2016 [Citado el 24 diciembre de 2022];65(1):369–76. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0422763815301175.

Capítulo 39

ENFERMERÍA Y LAS PRUEBAS PRUEBAS RESPIRATORIAS A LOS PACIENTES

ALMUDENA AROCA LOPEZ

MARTA ALISEDA DIEZ-MADROÑERO

LAURA PLAZA SERRANO

ALVARO GARCIA ALGABA

MARIA JOSE ARÉVALO LÓPEZ

1 Introducción

La enfermedad crónica del asma es la inflamación de forma regular y permanente de las vías respiratorias de nuestro cuerpo. Afecta a la población en general, pero se considera más perjudicial y grave en adolescentes y niños.
Esta situación inflamatoria del cuerpo es debe a una respuesta masiva o hiperrespuesta de los bronquios que cursa con una serie de síntomas como las sibilancias, disnea, falta de aire, dificultad para emitir sonidos, taquicardia y cianosis entre otros. Lo más usual es que los ataques de asma sucedan de noche o de madrugada de tal manera que se cierran los bronquios y existe un ansia de aire o hambre de aire. La solución es el uso de broncodilatadores para todas las personas que padecen esta enfermedad crónica.

La medicación que se pauta es el broncodilatador, pero el paciente debe tratar de llevar una vida normalizada aprendiendo a vivir con su nueva situación por lo que debe incluir el deporte y el ejercicio en su vida, ya que evitan la falta de aire o las crisis asmáticas. Se debe basar en tres pilares fundamentales:

- Tratamiento farmacológico antiinflamatorio.
- Control de las situaciones que provocan las crisis.
- Educación para la salud en la que se debe tener en cuenta los diferentes tipos de asma para hacer las intervenciones y los apoyos en base a la realidad y las crisis asmáticas que presenta cada paciente.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

- Definir qué es el asma y sus síntomas como enfermedad crónica desde los apoyos que brinda la enfermera.

Como objetivo secundario:

- Describir las pruebas respiratorias que se realizan para su diagnóstico por parte de la enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre literatura científica existente y también basada en la experiencia de los autores de dicho capítulo los cuales trabajan en el servicio de alergología. Realizando una búsqueda de libros y algunos artículos y bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

La patología crónica del asma aparece en la infancia como normal general y suele influir mucho en las familias por la reacción de los menores cuando tienen una crisis asmática. Con el paso del tiempo en los menores suele desaparecer. En los adultos, cuando aparece suele ser una patología que tiene a quedarse. En muchos casos, no suele importar mucho y el paciente no se cuida como debe pese a la educación para la salud que suelen recibir.

Con el paso de los años y los avances de la ciencia se han ido generando una serie de pruebas a las que se someten los pacientes para determinar si padecen o no

esta patología del asma y en qué grado están afectados sus bronquios.
El personal sanitario de enfermería es el que tiene la responsabilidad de realizar dichas pruebas que luego serán valoradas por el neumólogo.
Los síntomas del asma mencionados anteriormente suelen ser provocados por un agente externo como los alérgenos ya sean naturales como el polvo o el moho y artificiales como el tabaco, los químicos entre otros.
En general, muchos de los pacientes que padecen asma suelen tener antecedentes, pero otros no presenten ni siquiera síntomas. En lo que sí se coincide es que todos suelen presentar tos y sibilancias.
Cuando una persona padece una crisis de asma puede durar de minutos a días.
Los síntomas que presenta son:
- Tos.
- Tiraje intercostal por el dolor del pecho mostrando un patrón respiratorio que muestra hambre de aire.

Si junto a lo anterior, se observa que el paciente tiene taquicardia, cianosis, estado de somnolencia y ansiedad debemos intervenir de forma urgente para aportar la técnica inhaladora para broncodilatar los bronquios.
Los medios materiales para realizar las pruebas respiratorias son los siguientes:
1. Espirómetro.
2. Pinzas nasales.
3. Boquilla con filtro.
4. Tallímetro.
5. Báscula.
6. Medidor de Óxido Nítrico.
7. Peak-flow y boquillas.
8. Rinomanómetro con mascarilla y oliva nasal.

Las diferentes pruebas que se realizan son:
1. Oxido Nítrico: Se mide el aire espirado y se trata de descomprimir los bronquios.
2. Espirometría basal forzada: Espirar todo el aire en el menor tiempo.
3. Espirometría bronco-dilatada forzada. Se trata de espirar aire pero utilizando los broncodilatodores.
4. Rinomanometría. Se trata de valorar las resistencias nasales y el ciclo del aire.

Estas técnicas las desarrolla la enfermera por indicación médica y el que valora los resultados es el facultativo, pero depende del trabajo desarrollado por la enfermera.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el asma es una patología crónica que tiene muchas etiologías, pero debe tratarse de forma inmediata por las consecuencias para el paciente cuando la padece.
Actualmente, diagnosticarla en los menores presenta mayores dificultades, pero es cierto que como enfermeras debemos saber reconoces los signos y síntomas de la misma porque estamos hablando de falta de oxígeno para que el cuerpo funcione de forma regular.
Las enfermeras debemos formarnos de forma correcta para poder desarrollar nuestras funciones en las consultas de las pruebas respiratorias, ya que ello supone implementar una serie de técnicas precisas y variadas que implican en un alto porcentaje la colaboración del paciente de forma concreta.
Gracias a estas técnicas las diferentes especialidades médicas pueden dar soluciones al asma por medio de los broncodilatadores o de las vacunas antialérgicas en base al trabajo desarrollado previamente.

6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
2. https://www.scielo.org/es/.
3. https://medlineplus.gov/spanish/.
4. https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-manejodel-asma-atencion-primaria-15121.
5. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/programa-de-educacion-para-lasalud-en-pacientes-con-asma/.
6. https://revistamedica.com/atencion-enfermeria-asmatico/.

Capítulo 40

LA ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS TRANSFUSIONES

ALMUDENA AROCA LOPEZ

MARTA ALISEDA DIEZ-MADROÑERO

LAURA PLAZA SERRANO

ALVARO GARCIA ALGABA

MARIA JOSE ARÉVALO LÓPEZ

1 Introducción

Uno de los procedimientos terapéuticos más comunes en la industria médica es la transfusión de sangre. Cada procedimiento de transfusión es un eslabón de una cadena en la que intervienen varios agentes diferentes.
Comienza con la elección de los donantes o de quienes se derivan los hemoderivados, continúa con el procesamiento para la obtención de los distintos componentes sanguíneos, la mejor distribución y almacenamiento de la sangre, y finaliza cuando un paciente la necesita. tiene sangre transfundida en ellos.
Los servicios de transfusión son únicos dentro de un hospital, en primer lugar, por la singularidad de las actividades que allí se desarrollan y, en segundo lugar, porque su apoyo es fundamental en la actividad asistencial de los hospitales de alta complejidad. Deben estar preparados para apoyar las necesidades de transfusión de todo el hospital las 24 horas del día, a veces con la máxima urgencia.

Las transfusiones de sangre pueden salvar vidas, pero existen riesgos para todos los involucrados en el proceso, incluidos los receptores de los componentes sanguíneos.
Algunos de estos riesgos tienen el potencial de ser mortales. En este capítulo se examinan las cuestiones que pueden ser cruciales para garantizar la eficacia y seguridad del acto transfusional, así como para salvaguardar el bienestar y el carácter moral de todos los que participan activamente en cada proceso, incluidos tanto los donantes como los receptores de transfusiones. Las transfusiones de sangre se ocupan de los donantes y completan el paso final de la cadena mediante la administración del producto sanguíneo al receptor designado.

2 Objetivos

como objetivo principal:.
- Enumerar los elementos clave que contribuyen a garantizar la seguridad de todos los agentes que intervienen en el proceso transfusional.

Los objetivos secundarios incluyen:.
Mostrar las intervenciones de enfermería durante el acto transfusional.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de las normas legales vigentes en España en cuanto a los actos transfusionales se refiere.
También se han consultado páginas de sociedades científicas expertas en acreditación en transfusión como la Fundación CAT, que es un organismo de acreditación dependiente y avalado por la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia que establece unos estándares de calidad y requisitos técnicos elaborados por Hematólogos especialistas en medicina transfusional.
Se han tenido en cuenta los informes de hemovigilancia que de forma periódica publica el Ministerio de Sanidad del gobierno de España.

4 Resultados

Cumplimiento de toda la legislación vigente que se encarga de supervisar todo el acto transfusional: En España, toda la legislación y normativa vigente se basa

en los estándares de buenas prácticas transfusionales promovidos por la Organización Mundial de la Salud y la legislación europea sobre seguridad transfusional. La Real Norma es la que regula las especificaciones técnicas y condiciones mínimas de las instalaciones y servicios de hemodonación y transfusión en nuestra nación.

Sentencia 1088/2005, de 16 de septiembre. Como uno de los factores que contribuyen a garantizar la seguridad del hemoderivado, establece el principio altruista y la voluntariedad del acto de donación.

Además, el proceso de selección de donantes y el cumplimiento de las normas legales de sangre y componentes sanguíneos. Todas las transfusiones de sangre deben haber sido prescritas previamente por un médico, de acuerdo con el Capítulo IV de la ley, que regula la forma en que deben realizarse.

Las pruebas en la sangre del receptor también se tratan en detalle en el artículo que dedica a explicar cómo se deben identificar las muestras de sangre del receptor antes de realizar la transfusión.

Antes de administrar el componente sanguíneo, se enumeran una serie de precauciones de seguridad en el artículo 19 de la Constitución. Los sistemas de hemovigilancia son uno de los factores más importantes para garantizar la seguridad de las transfusiones de sangre. Estos programas se basan en los programas de seguridad de las transfusiones de sangre de la Organización. salud mundial.

Las funciones de la estructura de hemovigilancia incluyen la identificación, recopilación y análisis de datos sobre los efectos negativos e imprevistos de la donación y transfusión de sangre a lo largo de toda la cadena transfusional.

Las 17 redes comunitarias y la unidad de hemovigilancia de la administración central conforman la red estatal de hemovigilancia en España. Tres niveles —local, regional y estatal— conforman la estructura organizativa del Sistema. Los sistemas de hemovigilancia ayudan con: a) la reducción de errores y fallas en la cadena de transfusión en general. b) Ayuda en el reporte de eventos desfavorables para que sea posible identificar dónde ocurren los errores, las razones por las que ocurrieron y las circunstancias que rodearon el incidente. Esto permite la prevención de errores y la inclusión de medidas de mejora en los programas. c) También ayuda a garantizar la seguridad de todos los involucrados en la realización del acto de transfusión al disminuir la probabilidad de errores por parte del personal médico y, en consecuencia, la probabilidad de que se inicien acciones legales contra él y las instituciones médicas, impulsando la atención pública. confianza en los sistemas de salud.

Acreditaciones para la calidad de los bancos de sangre: La acreditación es una promesa tanto de seguridad como de calidad. Las acreditaciones garantizan que

las prácticas y operaciones de los bancos de sangre y servicios de transfusión que ostentan el sello de calidad se apegan a los estándares mínimos que aseguran una conducta ética en todas las actividades realizadas en sus instalaciones.
Para reducir la variabilidad en la atención. prácticas, promover la docencia y la investigación científica, y tener en cuenta los recursos disponibles, todos los procedimientos se basarán también en la mejor evidencia científica disponible.

5 Discusión-Conclusión

El primer requisito que debe cumplir todo establecimiento sanitario que desarrolle su actividad en el campo de la medicina transfusional es el cumplimiento incondicional de la normativa vigente en materia de seguridad transfusional.
La hemovigilancia es otro factor importante que contribuye a garantizar la seguridad de cada eslabón de la cadena transfusional, reportando ventajas no solo para los donantes y receptores de sangre sino también para todo el personal médico involucrado en el acto. transfusión, ayudando en la detección de errores y la implementación de arreglos para prevenir la recurrencia.
No debe haber ninguna duda en la mente de ninguna organización de que se debe informar cualquier evento potencialmente dañino. Cualquier centro sanitario que realice tareas asociadas a cualquier acto de la cadena transfusional debe tener como objetivo la prestación de un servicio con calidad acreditada, ya que la acreditación es un paso hacia la mejora continua de la calidad que toda organización sanitaria debe perseguir.

6 Bibliografía

1. Grimshaw K, Sahler J et al. Transfusion. 2011 Apr; 51(4):874-80.
2. Comisión de Hemovigilancia de Cataluña. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Informe 2020 [Internet]. [Madrid]. [Acceso 01/10/2022]. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/ hemovigilancia/docs/Informe2020.pdf.
3. REAL DECRETO 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión. Boletín oficial del Estado, núm. 225, de 20/09/2005.
4. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5545358.pdf.
5. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-profesional-de-enfermeria-ysu-papel-en-las-transfusiones-sanguineas/.

6. https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulomanejo-administracion-hemoderivados-por-personal-S1665706314726727.

Capítulo 41

ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

ALBERTO GONZÁLEZ MOLINA

RUBÉN GARCÍA HERVÁS

LUIS MIGUEL CAÑADAS ALBA

RICARDO MORALES RUIZ

LAURA BROCEÑO DEL HOYO

1 Introducción

El paciente quirúrgico es aquel que se somete a una intervención quirúrgica o una cirugía ya sea por ingreso o por local.
El paciente puede llegar o acudir desde su casa, desde atención especializada o desde la atención primaria y durante todo el proceso seguirá unos pasos que son:
- Preoperatorio: en esta fase se prepara el paciente para la cirugía.
- Intraoperatorio: en esta se desarrolla en el antequirófano y quirófano.
- Postoperatorio inmediato: esta se desarrolla en la UCI, URPA, Reanimación o en la CMA.
- Postoperatorio tardío: se realiza en las unidades de hospitalización.
- Seguimiento del paciente ya sea por parte de la atención primaria o por atención especializada.

Existen diferentes tipos de cirugías: cirugías urgentes, cirugías preferentes o cirugías programadas.
Los bloques quirúrgicos son aquellos lugares dotados con el material, personal e información necesarios para la realización de las cirugías, es donde tiene lugar la actividad quirúrgica y en ocasiones pueden apoyarse de otros servicios como banco de sangre, urgencias, laboratorio, rayos para llevar a cabo los procedimientos.
Durante todo el proceso se ha de garantizar la seguridad del paciente, la efectividad clínica, la información, el uso adecuado de los medicamentos y sobre todo los cuidados del personal de enfermería requeridos.

2 Objetivos

Conocer como profesionales de enfermería resuelven algunas cuestiones básicas relacionadas con los cuidados que debemos aplicar en el postoperatorio inmediato de un paciente tras una intervención quirúrgica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato del paciente tienen como finalidad principal proteger al paciente y manteniendo su seguridad hasta que revierta el efecto de la anestesia, ayudando a prevenir y detectar las posibles complicaciones que pudiesen surgir.
Los bloques quirúrgicos son aquellos lugares dotados con el material, personal e información necesarios para la realización de las cirugías, es donde tiene lugar la actividad quirúrgica y en ocasiones pueden apoyarse de otros servicios.
El postoperatorio inmediato es un lapso de tiempo comprendido que va desde el momento en el que termina la cirugía hasta las 24 a 48 horas después de que se

realizara la intervención quirúrgica durante el cual el paciente se está restableciendo tras la intervención y la anestesia. Normalmente esta actividad se desarrolla en las unidades de vigilancia postquirúrgica como REA, UCI, URPA, CMA.
Durante el postoperatorio el personal de enfermería debe realizar un seguimiento y vigilancia del paciente, en la que destacamos:
- Controlar todas las constantes vitales y la temperatura.
- Controlar el dolor del paciente, haciendo uso de los medicamentos o analgésicos si fuese preciso.
- Atender a las necesidades psicosociales tanto del paciente como de sus familiares.
- Control de los drenajes, volumen y apariencia.
- Realizar una valoración del estado neurológico del paciente como pupilas, respuesta, movilización de extremidades y orientación.
- Valorar el estado de la piel y las mucosas, detectando cualquier anomalía o reacción.
- Controlar la evolución de la herida quirúrgica y ante todo prevenir posibles infecciones.
- Ayudar al paciente a mantener la ventilación respiratoria adecuada mediante pulsioximetria o gasometría.
- Favorecer el bienestar y la estancia adecuada del paciente durante esta etapa.
- Velar por el correcto y adecuado descanso del individuo, evitando los ruidos o alteraciones.

5 Discusión-Conclusión

El postoperatorio inmediato que es el que hemos visto es el que transcurre desde que el paciente entra a la operación hasta unas 24-48 horas después de la intervención.
El postoperatorio es el tiempo que transcurre desde que finaliza una intervención hasta que el paciente se recupera para ir a planta.
El postoperatorio se divide en 2 clases: el postoperatorio inmediato y el postoperatorio tardío.
El personal de enfermería debe conocer cuáles son las principales fases con el paciente en el postoperatorio en las que se desarrolla el procedimiento quirúrgico, así como saber garantizar para el correcto desarrollo y la evolución del mismo.

6 Bibliografía

Etapas de postoperatorio: inmediato, mediato y tardío- disponible en: https://significado.com/postoperatorio/. www.google.es

Capítulo 42

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRATAMIENTOS EN HEMODIÁLISIS

ALBERTO GONZÁLEZ MOLINA

RUBÉN GARCÍA HERVÁS

LUIS MIGUEL CAÑADAS ALBA

RICARDO MORALES RUIZ

LAURA BROCEÑO DEL HOYO

1 Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) supone un problema de salud pública cuya prevalencia media en países desarrollados es del 7,2 % en mayores de 30 años.
Un aumento de esta prevalencia del 35-40% está relacionada con enfermedades como hipertensión arterial (HTA) o diabetes mellitus (DM), aumentando así un incremento de la morbimortalidad asociada a patologías cardiovasculares relacionándolo así al deterioro renal.
La ERC se considera un proceso final de la patología afectando al riñón de forma crónica e irreversible. Las causas más frecuentes de esta enfermedad son nefropatía diabética, congénitas y hereditarias, litiasis, infecciones urinarias de repetición, enfermedades sistémicas.

La hemodiálisis es definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un procedimiento terapéutico por la cual se eliminan sustancias tóxicas y el exceso de líquido presentes en la sangre en el cual el riñón no puede realizar de forma espontánea.
La atención del personal de enfermería en el servicio de hemodiálisis se focaliza en cuatro aspectos fundamentales del cuidado del paciente, la vigilancia, la educación sanitaria, la detección y la corrección de complicaciones asociadas al tratamiento.
Los pacientes necesitan una atención constante durante el tratamiento, así como de un seguimiento continuado a lo largo del proceso de su diagnóstico, cuidado y adaptación del paciente.

2 Objetivos

Establecer e indicar los cuidados del personal de enfermería en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en los centros hospitalarios.

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 artículos en la principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Hablaremos de las funciones de enfermería en la unidad de hemodiálisis y sus cuidados con los pacientes que se tratan en esta unidad. Las principales funciones del personal de enfermería en los cuidados de los pacientes con hemodiálisis son:
- Preparar todo el material necesario para la sesión de hemodiálisis, así como, verificar el correcto funcionamiento del monitor, según el protocolo del servicio.
- Valorar a la llegada del paciente posibles problema como alteración en la analítica de sangre, así como la permeabilización del acceso vascular.
- Verificar las diferentes pruebas pre, intra o postdiálisis, como también los cambios en el tipo y tiempo de diálisis.

- Atención durante la diálisis, anotando los registros de enfermería, posibles cambios en los cuidados, valorar las necesidades del paciente, estimular la participación y fomentar los autocuidados.
- Vigilar y resolver aquellos problemas derivados de la diálisis, posibles fallos en la monitorización del paciente, así como derivados del circuito extracorpóreo como una rotura de líneas, dializador o coagulación en el sistema.
- Administrar el tratamiento prescrito, trasfusiones de sangre si fuera necesario. Todo ello con el consiguiente registro en las gráficas y atendiendo a posibles efectos adversos en la administración de medicación y transfusión.
- Fomentar los autocuidados al paciente y familia, enseñar los cuidados del acceso vascular, alimentación adaptada a sus necesidades nutricionales, administración de medicación, hábitos de higiene para la prevención de infecciones.

Los elementos clave para el cuidado de los pacientes que sufren este tipo de patología, son claves en la educación del paciente, así como también es bueno que ayuden en los cuidados, en el autocuidado, fundamental la participación de la familia, la satisfacción del paciente tiene como objetivo la calidad y la importancia en las relaciones con los enfermeros/as en cada una de las etapas de cuidado con el paciente y su familia.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de enfermería durante la sesión de hemodiálisis presentan un papel fundamental en el proceso, con una planificación en los cuidados, una educación sanitaria en el paciente y en sus familiares cuyo objetivo es reducir los riesgos y evitar posibles complicaciones durante la misma.

La calidad de vida de este tipo de pacientes se ve alterada por la enfermedad, para mejorar dicha calidad de vida es fundamental realizar un seguimiento exhaustivo y una correcta educación sanitaria sobre el autocuidado.

Los cuidados de enfermería serán esenciales para conseguir los objetivos sobre el paciente que se pretenden alcanzar con la diálisis.

6 Bibliografía

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

Capítulo 43

CONOCIMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE OXIURIOS

ALBERTO GONZÁLEZ MOLINA

RUBÉN GARCÍA HERVÁS

LUIS MIGUEL CAÑADAS ALBA

RICARDO MORALES RUIZ

LAURA BROCEÑO DEL HOYO

1 Introducción

Los oxiuros y las enterobacterias, o parásitos intestinales, son dos temas que puede discutir. pacientes que son niños.
La prevalencia global estimada de enterobiasis es de más de mil. especialmente los niños pequeños en preescolar y primaria. ÉL.
Hay entre el 20 y el 30 por ciento de los niños que la tienen en todo el mundo, según estimaciones. enterobiasis. Esto se debe a la falta de higiene que practican los niños a esta edad. personal adecuado. especialmente en cuanto a la higiene de manos. Es esta infección.
Como está latente en casa, el resto de la familia puede contraerla.
En el síntoma principal, podemos identificar la causa de los oxiuros.
Prurito anal, principalmente de noche. hacinamiento en instituciones y reuniones.

Los miembros de la familia favorecen la transmisión, que ocurre con mayor frecuencia por vía anal-mano-oral. Él.
Solo los humanos sirven como huéspedes naturales. La base del tratamiento es dar.
Precauciones de higiene así como medicación antiparasitaria para la paciente y su familia. prevenir la reinfección a nivel personal y ambiental.
Otros signos y síntomas incluyen malestar abdominal, irritabilidad e insomnio, todos los cuales pueden influir y cambiar el comportamiento. crecimiento académico y social. Ha habido informes de Ascaris invadiendo el tracto.
Los trastornos ováricos y genitourinarios también pueden resultar en la población femenina. peritoneo, pared intestinal, ciego y vía biliar, entre otras complicaciones graves. pulmones o hígado.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados adecuados y básicos que puede ofrecer, administrar la enfermería ante la detección de un paciente pediátrico con oxiuros.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.
Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos o específicos debe de realizar enfermería a estos pacientes.
Palabras clave: enfermedad, higiene, formación, cuidados.

4 Resultados

Pudimos identificar e incluir artículos en nuestra revisión bibliográfica. que demuestran el nivel de atención que puede brindar la enfermería y los mejores métodos de prevención antes de tratar a un niño con oxiuros.
El enfermero dará a sus familiares las instrucciones de la prueba, que consiste en presionar el costado, dada la probabilidad de que el paciente tenga esta condición. a primera hora de la mañana, colocar cinta adhesiva contra la zona perianal. antes de lavar el área genital para un examen posterior bajo el microscopio, defecar.

Se recomienda aumentar su prueba durante tres días seguidos. sensibilidad. El familiar lo recogerá y se lo entregará. para permitir que se realice el análisis adecuado, el centro médico más cercano.

Adultos que entraron en contacto con su hijo pediátrico y se infectaron.
Una de las pruebas que podrían sugerirse es una prueba de heces, pero este no es el caso.
Dado que los huevos de gusano se depositan fuera del, se puede diagnosticar de manera efectiva. intestino. habiendo completado todas las comprobaciones y pruebas para determinar que el.
Cuando un paciente tiene oxiuros, puede recibir tratamiento. Pero enfermería será la encargada de perfilar las precauciones higiénicas para vestirse y arreglarse.
La cama y otras partes de la casa se harán todos los días con el potencial. eliminar la infección que todavía está presente en la casa.
Es crucial realizar la prueba una vez más después de recibir atención de enfermería.
Asegúrate de que la infección haya desaparecido por completo y no se reactive. y causar dificultades adicionales para el desarrollo del niño. También inspirará. una educación para la salud y asegurar que el niño se alimenta adecuadamente para prevenir enfermedades. una desnutrición.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que enfermería explique correctamente que significa que el niño/a presente oxiuros a la familia. Para que tanto a la hora de recoger las muestras los tres días consecutivos para realizar el test y también como realizar el tratamiento de esta forma lo realicen correctamente.
En esta afección como no es importante como en el día a día la realización de higiene tanto de manos como del resto del cuerpo, con esto evitaremos propagar la infección al resto de la familia. enfermería programará la recogida de muestras y a su vez se realizará una educación sanitaria para que el niño siga unas nociones de higiene y alimentación adecuadamente.

6 Bibliografía

- Wendt S, Trawinski H, Schubert S, Rodloff AC, Mössner J, Lübbert C. El diagnóstico y tratamiento de la infección por oxiuros. Dtsch Arztebl Int

[Internet];116(13):213–9.
- Carrasco M, Conde F, Noir M, Olivares V, Racedo R, Repetto G. Revisión sobre las manifestaciones clínicas del parasitismo por oxiuros. 2017

Capítulo 44

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION EN UNA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA DE URGENCIA

NATALIA MOTA PICAZO

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

JAVIER MOLINA INIESTA

CARLOS MOLINA INIESTA

NATALIA CAVA RUIZ

1 Introducción

Los pacientes con arritmias cardíacas deben acudir de inmediato a los servicios de emergencia del hospital. Estas alteraciones del ritmo cardíaco pueden ser muy rápidas (taquicardia), muy lentas (bradicardia) o irregulares. Mareos, dolor torácico, pérdida del conocimiento o palpitaciones si el ritmo cardíaco está elevado son síntomas que se manifiestan con frecuencia.
Nos concentraremos en las arritmias que resultan de la cardioversión eléctrica urgente en el presente caso. Esto podría ser una fibrilación auricular rápida o un aleteo auricular rápido. Las consecuencias hemodinámicas (hipotensión y alteración del estado neurológico), así como frecuencias cardíacas muy elevadas, son síntomas típicos del paciente. Podría resultar fatal si no se trata rápidamente.

La cardioversión eléctrica es el proceso de detener una arritmia cardíaca rápida y ayudar al corazón a regresar a un ritmo sinusal normal dándole una breve descarga eléctrica controlada. Este método se desarrolló en la década de 1960 y todavía se usa en la actualidad. Todas las células miocárdicas del corazón se despolarizan como resultado de la energía que se les aplica y, después de un breve período de repolarización, se reanuda el ritmo cardíaco normal (las aurículas se despolarizan y luego los ventrículos se contraen). El éxito depende tanto de la densidad de corriente lograda como del potencial de patología subyacente.

2 Objetivos

- Establecer y conocer las intervenciones de enfermería previas a una cardioversión eléctrica.
- Identificar los cuidados enfermeros durante y post-cardioversión en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para escribir este capítulo, se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y se utilizaron Scielo, Medline y Pubmed para consultar artículos, eligiendo el contenido científico de revistas académicas revisadas por pares. Adicionalmente, hemos revisado los lineamientos de enfermería en la sala de emergencias del hospital donde realizamos nuestras labores asistenciales.

4 Resultados

Conocemos las intervenciones de enfermería necesarias antes y después de la cardioversión eléctrica de emergencia gracias a una revisión de la literatura y protocolos actualizados. La realización de un electrocardiograma, la apertura de una vena para tomar muestras de sangre y la administración de medicamentos son ejemplos de cómo la enfermería contribuye significativamente al proceso de ayuda al diagnóstico del servicio de emergencia. Adicionalmente, la adecuada preparación del material requerido y su uso efectivo. Como enfermeras, debemos antes de la cardioversión:

- Acostar al paciente desnudo, extrayéndole cualquier objeto metálico y, en su caso, su prótesis dental.

- Seguimiento del paciente (uso de oxímetro de pulso, manguito de presión arterial y electrodos).
- Canulación de vena, idealmente en miembro superior derecho (ya que la descarga eléctrica se administrará en el lado izquierdo).
- Colocación de un desfibrilador con capacidad de cardioversión en el lado izquierdo del paciente; debemos vigilar al paciente mientras usamos los electrodos.
- Tenga a mano un carro en caso de que se requiera un procedimiento de intubación, aspiración o atropina IV.
- Preparar el sedante del paciente (por orden médica), normalmente una infusión de fentanilo IV o una combinación de propofol y midazolam.
-Tratar de calmar la ansiedad del paciente, tranquilizándolo y explicándole el procedimiento al que se someterá.

Durante la cardioversión eléctrica:
- Antes de administrar la descarga, asegúrese de que el desfibrilador esté configurado en modo "sincronizado" y listo.
- Administración de oxígeno (máscara venturi al 50 por ciento) previa a la sedación.
- Dar al paciente la medicación que necesita para autosedarse, según la prescripción de su médico.
- Aplicar gel conductor en las palas del desfibrilador o, si se utilizan parches, colocarlos directamente sobre la piel.
- Elegir la energía que el médico considere necesaria, y este se encargará de aplicar la(s) descarga(s) necesaria(s).
- Verificar el estado del paciente en el monitor para ver si se ha iniciado el ritmo sinusal y luego realice un electrocardiograma.

Después de la cardioversión, la atención de enfermería incluirá:
- Administración continúa de oxígeno hasta que se elevan los niveles de conciencia.
- Vigilar y realizar un seguimiento de los signos vitales.
- Examinar la piel en busca de posibles quemaduras y aplique una crema hidratante o sulfadiazina de plata según sea necesario.
- Eliminación, limpieza y reemplazo de materiales según sea necesario.
- Una bitácora informatizada de todo el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Si bien la cardioversión eléctrica es un procedimiento habitual en las urgencias hospitalarias, los profesionales que la realizan deben tener una formación previa, tanto por el personal de enfermería, que es crucial, aunque es el médico quien realmente la realice. Las revisiones e inspecciones de los equipos son manejadas por este, por lo que es fundamental para el correcto funcionamiento del equipo. El personal de enfermería ayudará a que el procedimiento sea rápido y sin errores siguiendo el protocolo adecuado. Estar presente antes, durante y después de esta técnica le dará al paciente seguridad y tranquilidad, además de nuestra cercanía con él.

6 Bibliografía

-www.revistamedica.com
-www.google.com
-www.scielo.org

Capítulo 45

LOS CUIDADOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA TRAS LA CIRUGÍA DE HALLUX VALGUS

NATALIA MOTA PICAZO

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

JAVIER MOLINA INIESTA

CARLOS MOLINA INIESTA

NATALIA CAVA RUIZ

1 Introducción

El hallux valgus, también conocido como ”juanete”, es la afección más prevalente en el antepié y se caracteriza por una deformidad progresiva de la articulación del dedo gordo del pie, lo que provoca dolor y dificultad para caminar, así como la dificultad para encontrar el zapato más adecuado. Se estima que entre el 25 y el 35 por ciento de la población se ve afectada, y las mujeres constituyen la gran mayoría. Se puede identificar por la desviación en valgo del dedo gordo del pie y la desviación en varo del primer metatarsiano. El calzado inapropiado, particularmente aquellos con tacones excesivos, o la genética pueden ser los culpables de 6 a 8 cm como resultado de la biomecánica o ambas. Tras una fase conservadora con aparatos ortopédicos, ortesis y tratamientos podológico-traumatológicos mínimamente invasivos combinados con el calzado adecuado, el

tratamiento primario es la cirugía ambulatoria individualizada. La cirugía es un tratamiento eficaz en el 85% de los casos, pero requiere cuidados postquirúrgicos especializados por parte de profesionales y del paciente privado. El personal de enfermería necesita conocer las características de la patología para realizar un diagnóstico precoz, derivar a un paciente, realizar una investigación adecuada y brindar una atención adecuada con base en el tratamiento seleccionado. Es importante recordar que los pacientes diabéticos necesitan especial consideración y cuidado.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer las indicaciones y sugerencias posquirúrgicas para la intervención del hallux valgus por parte del personal de enfermería.

3 Metodología

Para profundizar en este capítulo se realizó una investigación basada en un análisis bibliográfico de la literatura científica recientemente publicada y una búsqueda sistemática de libros y artículos científicos en revistas académicas utilizando las frases de palabras clave de este tema.

4 Resultados

La propia afectación del paciente, que muchas veces no repercute negativamente en la calidad de vida del paciente, pero sí determina, es la única opción de tratamiento conservador que le queda dada la restricción y el dolor asociado tras probar todas las ortesis plantares específicas del paciente en base a la biomecánica previa exploración y elección del calzado adecuado. Cualquier profesional médico calificado, incluido un traumatólogo, cirujano o podólogo, elegirá el tipo de procedimiento más adecuado para el paciente. El paciente debe comprometerse plenamente a seguir cualquier rehabilitación de seguimiento necesaria, lo que requiere consentimientos informados previamente firmados, para recuperarse lo mejor posible. Saldrá del procedimiento usando un ”andador”, que es una bota o zapato que puede sostener la extremidad lesionada durante la mayoría de los procedimientos. Se establecerán revisiones de control, así como los tratamientos individuales de su herida quirúrgica, pero también es fundamental que esté

debidamente instruido en los cuidados que se le aplican en su domicilio, confirmando así la afirmación de qué plan de tratamiento analgésico. El personal de enfermería estará a cargo de la atención, ya sea en un centro sanitario o privado posquirúrgico, y confirmará que el paciente ha comprendido las instrucciones específicas del informe médico, respondiendo a las dudas que pueda tener. Se dividen en las siguientes categorías:
El miembro afectado debe mantenerse elevado durante las 48 horas posteriores al procedimiento, el vendaje afectado debe aplicarse localmente con frío, el yeso no debe cubrirse con ropa durante las 48 horas posteriores al procedimiento y se deben usar zapatos posquirúrgicos mientras se camina y mantener el talón, ejercitar el dedo del pie afectado y el tobillo del miembro afectado en flexo-extensión, tomar el analgésico que le recetó el médico y acudir a urgencias.

5 Discusión-Conclusión

Conocer las características de la lesión es necesario para que podamos llevar a cabo nuestras responsabilidades del personal de enfermería. Un diagnóstico oportuno e instrucción en cuidados conservadores, junto con el conocimiento para derivar pacientes a especialistas a la luz de los hallazgos del estudio con respecto a la deformidad. Para tratar a los pacientes con una intervención de hallux valgus, ya sea en el centro donde se realiza la cirugía, en los controles o para instruirlos en consultas o instituciones de atención primaria, también debemos ser expertos en esta área. Por otro lado, de este cuidado, los propios síntomas y la rapidez de realizar un seguimiento individualizado, la prueba es importante.

6 Bibliografía

-http://dx.doi.org/10.3113/FAI.2007.0748.
- Pubmed
- www.scielo.org

Capítulo 46

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL TRIAJE DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

BEATRIZ VALENTIN FERNANDEZ

NAIRA GALIANO BARBADO

MARIA ANGUSTIAS BARNEO SILVAN

SANDRA RODRIGUEZ CORRALES

RAUL MARTIN ARIZA

1 Introducción

Cuando una persona acude al servicio de las urgencias hospitalarias es recibido por el celador de puerta que lo acompaña hasta el servicio de admisión de urgencias para que se registre y dé sus datos, en este momento se convierte en un paciente del centro sanitario.
En la sala de espera, el paciente, es llamado por la enfermera de triaje, que es una sala donde la misma le preguntará cuál es su motivo, por el que viene a urgencias, qué síntomas tiene y le toma las constantes, como la tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y la glucemia, para priorizar la urgencia, es decir, asignarlo a un nivel y a un color, según el sistema de urgencias estandarizado.

Una vez que la enfermera de triaje ha cumplimentado todos estos datos, el paciente será derivado, a una zona de las urgencias o a otra, dependiendo, como se ha referido, al nivel de la urgencia y al tipo de dolencia que presenta. Cuando se trata de traumatismos o caídas, el paciente es derivado al servicio de especialidades médicas. Cuando se refiere dolor abdominal, dolor torácico o cualquier alteración en las constantes, es derivado a la zona de boxes.
La enfermera de triaje, en caso necesario, activa, y en determinación de las constantes obtenidas del paciente, el protocolo del box vital, en caso, de urgente necesidad de atención al paciente.
La sala de triaje es un punto caliente dentro del conjunto del servicio de las urgencias hospitalarias, puesto que los pacientes más graves tienen que ser atendidos antes que los menos graves, y la enfermera destinada en la misma, tiene que actuar con rapidez y profesionalidad cuando el momento lo requiere.

2 Objetivos

-Conocer el funcionamiento de la sala de triaje de las urgencias hospitalarias.
-Describir las funciones que la enfermera de triaje desarrolla en su labor diaria en la clasificación de los pacientes.

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

Lo primero que necesita una enferma para desarrollar su trabajo en la sala de triaje es conocer la estructura, el funcionamiento y la organización del propio servicio de las urgencias hospitalarias, puesto, que junto con los recursos, materiales y protocolo de actuación que se tienen en el servicio, debe gestionar y clasificar con precisión a los pacientes que acuden a que les atiendan.
La enfermera en triaje solicita también las pruebas pertinentes que crea que son necesarias para el paciente, adelantando así, de este modo, el tiempo de espera

y atención al paciente, así como, produce una fluidez en la atención médica realizada por los especialistas.
La clasificación que realiza la enfermera en la sala de triaje permite derivar a los pacientes a las zonas correspondientes precisas, ya sea boxes o especialidades. Para ello, la enfermera llama por teléfono a los especialistas de ambas zonas, para demandar un hueco o simplemente para advertir de la entrada de un paciente. En estos casos, el personal de enfermería destinado en estos servicios, indican un box o una sala de especialidades para dicho paciente.
La enfermera de triaje es responsable del paciente desde el momento que entra en la sala, y puede gestionar cualquier prueba que sea necesaria para el mismo, desde placas radiológicas, hasta la realización de electrocardiogramas, adelantado, de este modo, como se ha dicho, el tiempo de espera y la urgencia vital del paciente a la demanda de su enfermedad.
En el caso de la entrada de un paciente en estado muy grave o crítico, la enfermera de triaje activa el protocolo del box vital, es decir, acude con el paciente al mismo, una vez que habla con el médico encargado de la guardia del mismo, acelerando su actuación para la pronta atención del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera de triaje juega un papel muy importante en el servicio de las urgencias hospitalarias porque es la primera profesional que evalúa al paciente, es decir, tomándole las constantes y realizando las pruebas que crea necesario, conllevándolo a una clasificación acertada. El no acierto en esta evaluación supondría un tiempo precioso en la recuperación del paciente e incluso en casos más graves, el empeoramiento de su mal o enfermedad.
Es por estos motivos que la enfermera de triaje debe estar perfectamente cualificada y al día en las técnicas y protocolos del servicio de urgencias, llevando consigo la responsabilidad de la realización de un buen triaje que sea positivo para el paciente.

6 Bibliografía

1. La clasificación del paciente en el servicio de las urgencias hospitalarios. Disponible en: https://www.revistamedica.com
2. El triaje en las urgencias de los hospitales. Disponible en: https://www.revistamedica.com

Capítulo 47

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL DOLOR

BEATRIZ VALENTIN FERNANDEZ

NAIRA GALIANO BARBADO

MARIA ANGUSTIAS BARNEO SILVAN

SANDRA RODRIGUEZ CORRALES

RAUL MARTIN ARIZA

1 Introducción

En los centros hospitalarios de referencia suele existir la llamada unidad de tratamiento del dolor encargada de ofrecer los cuidados a los pacientes que presentan un dolor crónico, debido a una enfermedad grave o a que se encuentren en fase terminal de la misma. Esta unidad del dolor está compuesta por un conjunto de profesionales cuya función es la de ofrecer una atención sanitaria desde la perspectiva multidisciplinar.
La unidad está compuesta por enfermeras, anestesistas y otros especialistas de las diferentes especialidades médicas, cuyo objetivo final es el trabajo conjunto y en equipo para solventar los problemas derivados de las enfermedades que los aquejan, problemas sanitarios que coinciden siempre con un dolor crónico.

Este trabajo conjunto y multidisciplinar puede ofrecer un tratamiento individual y personalizado para cada paciente, dependiendo del grado de la enfermedad que presenta y de los dolores que le produzcan, atendiendo del mismo modo, a sus características fisiológicas y biológicas, y al estado, más avanzado o en menor grado, de la enfermedad.
La unidad se estructura físicamente en boxes o sillones, donde la enfermera coloca a cada paciente en cada uno de ellos, emitiendo el coctel de medicación precisa para que el farmacéutico lo prepare. Toda esta medicación indicada en cada paciente está milimétricamente estudiada y probada, para que el índice de curación no sobrepase los estándares establecidos y no se produzca algún resultado no deseable.

2 Objetivos

-Describir el funcionamiento de la unidad de tratamiento del dolor de un centro hospitalario.
-Conocer las funciones que la enfermera destinada en la unidad realiza con los pacientes que acuden a la misma.

3 Metodología

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

4 Resultados

La enfermera que desarrolla su labor en la unidad de tratamiento del dolor crónico de cualquier centro sanitario debe poseer unas características que van inherente al puesto que ocupa. Hay muchas referencias legislativas sobre las competencias y funciones de las mismas, pero aquí en este capítulo se atenderá a las pautas y normas establecidas para nuestro país, que son las dadas por el Ministerio competente en materia de sanidad.

La enfermera tiene que tener conocimientos clínicos y profesionales para trabajar con enfermos crónicos. Esta característica implica que debe saber técnicas sanitarias, poder de decisión en un caso u otro, clínicamente hablando.
La valoración del paciente también es un aspecto muy importante a resaltar, puesto que de esa valoración dependerá las terapias con la medicación y los cocteles realizados. Esta valoración se tendrá realizada teniendo en cuenta el estado del paciente, tanto de su enfermedad, como de su grado de dolor, y en toda ella se gestionarán los recursos que se tenga al alcance.
La enfermera será la encargada de suministrar los medicamentos y la colocación de las vías, así como participar en las sesiones clínicas existentes cuando la unidad lo establezca, para poner como parte integrante del equipo multidisciplinar, los cuidados y atenciones en común para todos los enfermos.
En el cuidado del paciente, la enfermera, siempre tendrá presente las normas de respeto e intimidad del paciente, guardando las respectivas normas de colaboración con el resto del personal y con familiares y acompañantes de los pacientes, que en muchos de los casos, acompañan al enfermo en la unidad.
Es función de la enfermera el cuidado de los dispositivos de vías centrales, catéteres, vías secundarias y cualquier otra forma de poder suministrar la medicación al enfermo, así, como proponer al médico responsable del paciente la realización de pruebas complementarias si fuese necesario.

5 Discusión-Conclusión

Se ha comprobado dentro del desarrollo de este trabajo, como la labor desarrollada por la enfermera dentro de la unidad de tratamiento del dolor es importantísima. De su quehacer diario depende el seguimiento continuo y diario de los pacientes, así como su hoja de ruta en cuanto los cuidados programados. El absentismo es parte importante en los pacientes que acuden a la unidad, siendo la enfermera, el primer nexo de unión de los mismos con la unidad hospitalaria.
El trato de respeto dado, tanto a los pacientes, como a los familiares, hacen posible que el paciente, junto con los cuidados recibidos, esté siempre dispuesto a acudir a la su tratamiento, y es por ello, que desde el plan de humanización de la sanidad, la enfermera juegue un papel más decisivo aún, participando en los protocolos de actuación estructurales y organizativos de la unidad de tratamiento del dolor.

6 Bibliografía

1. Protocolo de actuación en la unidad de tratamiento de dolor. Disponible en: https://ministeriodesanidad.gob.es
2. Tratamiento del dolor. Disponible en: https://revistacienciasanitaria.es
3. Función de la enfermería en la unidad de dolor crónico. Disponible en: https://portalmedico.es

Capítulo 48

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO

BEATRIZ VALENTIN FERNANDEZ

NAIRA GALIANO BARBADO

MARIA ANGUSTIAS BARNEO SILVAN

SANDRA RODRIGUEZ CORRALES

RAUL MARTIN ARIZA

1 Introducción

Las úlceras por presión es una lesión que se produce por la presión constante y continúa en la piel del paciente encamado, originada por el contacto con el tejido de la ropa de la cama del propio paciente. Generalmente, esta herida o lesión aparece siempre en las prominencias óseas del paciente, y en menos casos en partes blandas del mismo.

La aparición de las úlceras por presión o UPP se desarrolla en cuatro fases:

-Primera fase: se caracteriza porque la piel del paciente aún no se ha roto, es decir, presenta un aspecto normal con un color rojizo, consecuencia del roce con la sabana de la cama. Este continuo roce provocará en las siguientes fases la aparición de la UPP.

-Segunda fase: se caracteriza porque la piel se va rompiendo, apareciendo una herida superficial sin profundidad y sin aparición de líquido sanguíneo.
-Tercera fase: caracterizada por la rotura completa de la piel y grietas profundas que dejan ver el elemento óseo y la aparición de sangre.
-Cuarta fase: se caracteriza por ser la más importante y más crítica. En esta fase se observa la formación ósea del paciente, así como músculos y tendón del mismo. En esta fase la UPP es imposible de prevenir, siendo la más grave y dolorosa para el paciente.

Hay que resaltar que la aparición de las UPP se da en un veinte por ciento de los pacientes encamados de larga duración o estancia, estando su aparición ligada a otros aspectos, como la hidratación del paciente, la nutrición, la obesidad, la edad, las patologías presentes, la mala circulación sanguínea y la escasa inmovilidad de los mismos.

2 Objetivos

-Conocer el protocolo de actuación de la enfermera ante un paciente con úlceras por presión.
-Describir las funciones desarrolladas por la enfermera en la puesta en práctica del protocolo de actuación ante un paciente con úlceras por presión.

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

La enfermera en su trabajo diario atenderá a multitud de pacientes ingresados, un gran número de ellos estarán aquejados por las UPP, son las siglas correspondientes a las úlceras por presión. Estas úlceras se desarrollan en grados, dependiendo de dos índices, la edad y el periodo de tiempo que se permanezca encamado. Por lo tanto, los pacientes que más aquejados están por las UPP son los pacientes más ancianos.

El protocolo del personal de enfermería pasa por una serie de actuaciones que evitará o retrasará, en gran medida, la aparición de las úlceras por presión. En estas actuaciones caben destacar los cambios posturales, la ayuda con la colocación de almohadas y acolchados en algunas zonas del cuerpo del paciente y la curación propiamente dicha.
Los continuos cambios posturales, cada cierto tiempo, no deben sobrepasar las cuatro horas, es decir, los cambios en la posición anatómica del paciente deben ser constantes en este intervalo de tiempo. Con ello se contribuye a disminuir la aparición de las úlceras en casi el cien por cien. Estos cambios podrán realizarse de decúbito lateral izquierdo a decúbito lateral derecho y posición de supino, siempre con la colaboración del resto del personal de la unidad o servicio.
El posicionamiento en ciertas partes del cuerpo del paciente de almohadas, coderas y taloneras, contribuirán a que en las zonas del sacro, codos y talones no aparezcan las tan dolorosas UPP. Las almohadas podrán colocarse en los laterales por debajo de la pelvis del paciente, en uno u otro lado del mismo, obligando a cambiar la posición del paciente. En codos y talones se podrán colocar mecanismos acolchados para evitar que las partes prominentes óseas del paciente, codo o talón, rocen directamente con el tejido de la cama del mismo.
Cuando las UPP están en estado muy avanzado, en su tercera o cuarta fase, la enfermera aplicará apósitos de yodado de plata y cremas cicatrizantes en las heridas del encamado, procurando que las zonas aquejadas estén siempre secas y limpias. Además, en las pautas médicas y hoja del proceso del paciente, indicará siempre que el mismo esté continuamente hidratado, tanto por el interior como el exterior, con la toma de líquidos y la aplicación de cremas hidratantes.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental el papel que desarrolla la enfermera en la prevención, tratamiento y curación de las úlceras por presión que pueda sufrir el paciente. En esta función constante de alerta, tendrá en cuenta todos los indicadores que puedan aparecer y que deriven en la aparición de las UPP.
Las UPP no suponen poseer una enfermedad grave, pero dependiendo de su localización y fase, producen una mala y escasa calidad de vida del paciente, provocando la permanencia por más tiempo en el ingreso hospitalario, uno de los indicadores que afectan a la aparición de las UPP, ocasionando un estadio de no retorno a la mejoría de su enfermedad.

6 Bibliografía

1. Ulceras por presión, síntomas y causas. Disponible en: https://www.mayoclinic.org
2. Cuidado de las úlceras por presión por el personal de enfermería. Disponible en: https//www.scielo.isciii.es
3. Las úlceras por presión y el personal de enfermería. Disponible en: https://revistamedica.com

Capítulo 49

LESIONES DEL PIE DIABÉTICO

MARÍA ALISES ROMERO

CRISTINA FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ GARCÍA

GLORIA TORRES ROMERO

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA

1 Introducción

Cuando se habla de diabetes mellitus estamos explicando una enfermedad crónica caracterizada por la imposibilidad del páncreas para secretar la cantidad de insulina suficiente o, en otro caso, cuando se secreta la cantidad suficiente, pero el organismo no es capaz de utilizarlo de una manera eficaz.
La insulina, anteriormente mencionada, es la hormona responsable de regular la cantidad de glucosa que encontramos en la sangre. Cuando este fenómeno no sucede, da lugar a un conocidísimo fenómeno conocido como hiperglucemia.
Esta alteración, si no se puede llegar a controlar y se alarga en el tiempo, puede desembocar en daños severos en diferentes órganos, sistemas y partes del cuerpo.
Para entender la importancia de la diabetes, es necesario conocer que en el año 2014, se estima que un 8.5% de la población mayor de 18 años la padecían; siendo causa directa de muerte de 1.5 millones de personas en 2019. De estas, un 48% personas menores de 70 años.
Por otro lado, cabe remarcar, que 460.000 personas perdieron la vida como consecuencia de hiperglucemias y nefropatías diabéticas, claras complicaciones de

una diabetes mal controlada.
Una de estas complicaciones más comunes suelen ser las heridas en pie diabético. Estas pueden ser definidas como la destrucción de los tejidos, la ulceración o la infección producida por la pérdida de la sensibilidad o vasculopatías en miembros inferiores.
Sobre un 25% de las personas portadoras de diabetes, desarrollará una úlcera a lo largo de su vida, sobre todo en el rango de edad comprendido entre los 45 y 65 años. Siguiendo en esta línea, el 35% evolucionará a lesiones complejas y el 40% llegará incluso a presentar gangrena.
Por todo lo expuesto, es necesario que el personal sanitario esté al tanto de cómo diagnosticar un pie diabético y como lo debe tratar para evitar, a toda costa, cualquier complicación que desemboque en medidas drásticas.

2 Objetivos

-Dar a conocer el gran problema que suponen las lesiones en un pie diabético.

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La mayoría de los estudios consultados, concluyen que la mayor parte de los pacientes que terminan desarrollando lesiones en pies diabéticos son hombres comprendidos entre la franja de edad de 56 y 65 años. Destacando pacientes casados y con predominancia de diabetes mellitus tipo 2.
También se ha observado que presentar neuropatía periférica en los miembros inferiores afecta al desarrollo negativo de lesiones. Así como, deformaciones podálicas como el hallux adductus valgus y el pie plano o causadas por el tipo de calzado que suele utilizar el paciente.
Una vez reconocidos los factores de riesgo en el paciente, es de vital importancia realizar una adecuada exploración del paciente teniendo en cuenta los pulsos dis-

tales, pedios y tibiales, secuelas de úlceras anteriores, deformidades articulares, callos, coloración, temperatura, aspecto…

Después de realizar una correcta anamnesis del pie diabético, deberemos diagnosticarlo. Para ello existen varias pruebas que nos pueden servir de utilidad como pueden ser:

- Monofilamento: es utilizado para objetivar la pérdida de sensibilidad plantar. Para ello se utilizará un filamento de nylon, con el cual se ejercerá presión sobre cuatro puntos de la planta del pie; la falange distal, bases del primer dedo y tercer y quinto metatarsiano. El resultado del test será positivo si se ha detectado insensibilidad en alguno de los cuatro puntos.
- Diapasón: con esta prueba se puede conocer la sensibilidad vibratoria del paciente explorado. En este caso es necesario un diapasón que se colocará en el primer dedo del pie, seguidamente, el paciente deberá comentar si nota la vibración transmitida y hasta qué momento es capaz de notarla. Si el paciente deja de notar la vibración antes de que el diapasón deje de vibrar, se estará hablando de un test positivo.

En el caso de que ya se tenga al paciente con una lesión provocada por un pie diabético, el tratamiento a seguir será el desbridamiento de la herida, manejo de la infección, revascularización y descarga de la úlcera.

- Desbridamiento: es una técnica utilizada para descartar todo tipo de tejido necrótico que imposibilita la cicatrización por primera intención de la lesión. La desbridación de todo tejido muerto disminuye la carga bacteriana y favorece la aparición de tejido de granulación. Del mismo modo, al quedar al descubierto la base de la herida, se podrá evaluar el verdadero grado de lesión que muestra la herida.
- Infección: la infección en una lesión de pie diabético progresa rápidamente y la lesión inicial que teníamos puede desembocar en una lesión incontrolable que finalice en una amputación. Para parar esta infección está reconocido el uso de antibioterapia ante signos de infección localizada.
- Revascularización: para conseguir una vascularización óptima se utiliza la cirugía vascular. Con ella se consiguen realizar bypass de injertos arteriales para facilitar el flujo sanguíneo.
- Descarga de la úlcera: son técnicas que permiten la disminución de la presión ejercida en el punto de la lesión, como por ejemplo reposo en cama, sillas de ruedas, muletas, férulas, calzado terapéutico….

Por último, cabe destacar que las lesiones tienden a cerrar con más rapidez cuando se realizan curas en ambiente húmedo. Para conseguirlo, se pueden utilizar apósitos preparados para esto como hidrogeles, hidrocoloides o espumas.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha expuesto en contadas ocasiones, la aparición de lesiones en pacientes diabéticos son muy frecuentes, por ello es necesario tomar medidas para disminuir la morbilidad y mortalidad que estas producen en la población.
Para ello se deberá incrementar la calidad y cantidad de información que se les ofrece a los pacientes, así como dar una atención sanitaria adecuada a cada tipo de persona.
Del mismo modo, si se consigue un tratamiento adecuado, una prevención elevada y programas informativos, no solo se estará aumento la calidad de vida del paciente, sino que se estará consiguiendo un menor coste para el sistema sanitario.
Por último, es necesario hacer especial hincapié en las medidas de autocuidado tanto en el paciente como en sus familiares, para una detección precoz de cualquier signo de alarma.

6 Bibliografía

1. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
2. Díaz Salina, L., Iser Rondon, D., Pérez Fuentes, D., Díaz Salina, R., & Palacio Verdecia, Y. (2015). Tratamiento y evolución de pacientes con úlceras del pie diabético. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular, 16(1), 29-36. 3. Enciso Rojas, Á. D. (2016). Factores de riesgo asociados al pie diabético. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna, 3(2), 58-70. 4. Herrera, A. L. G. (2016). El pie diabético en cifras. Apuntes de una epidemia. Revista médica electrónica, 38(4), 514-516. 5. Echeverría, V., Sotomayor, C., Norambuena, M., Vidal, P., & Campos, A. (2016). Pie diabético. Rev Hosp Clín Univ Chile, 27(1), 207-219.

Capítulo 50

CIRUGÍA CITORREDUCTORA Y LA QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL

ANA MARÍA SUÁREZ SUÁREZ

1 Introducción

El cáncer es una enfermedad devastadora que afecta a millones de personas en todo el mundo. A lo largo de los años, se han desarrollado diversas estrategias terapéuticas para combatir el cáncer, y la cirugía y la quimioterapia son dos modalidades clave en su tratamiento.

El cáncer abdominal avanzado, especialmente aquel que se ha diseminado dentro de la cavidad peritoneal, presenta desafíos significativos para el tratamiento y la supervivencia de los pacientes. En este contexto, la cirugía citorreductora y la quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) han emergido como un enfoque terapéutico innovador y prometedor. Estas modalidades de tratamiento combinadas buscan abordar tanto la enfermedad macroscópica como la microscópica, mejorando las posibilidades de control de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes.

La cirugía citorreductora, también conocida como cirugía de citorreducción, tiene como objetivo principal eliminar la mayor cantidad posible de tumores visibles en el abdomen. Durante este procedimiento, un equipo quirúrgico altamente especializado trabaja meticulosamente para extirpar los tumores y realizar resecciones de los órganos o tejidos afectados, en un intento de reducir la carga tumoral y optimizar las posibilidades de éxito del tratamiento. Sin embargo, en

muchos casos, existen células tumorales microscópicas que pueden quedar adheridas a los tejidos peritoneales y que no son detectables a simple vista durante la cirugía citorreductora. Para abordar esta situación, se ha desarrollado la quimioterapia HIPEC como un complemento terapéutico efectivo.
En este trabajo, exploraremos en detalle estos dos procedimientos y su aplicación clínica en el tratamiento del cáncer.

2 Objetivos

En este trabajo, investigaremos diversos artículos científicos para conocer en qué consiste la cirugía citorreductora y la HIPEC, su aplicabilidad en diferentes tipos de cáncer abdominal y su impacto en la práctica clínica.

3 Metodología

El trabajo consiste en el desarrollo de una revisión bibliográfica de los artículos publicados en las bases de datos Scielo, Web of Science y Pubmed, además del metabuscador Google académico. Para ello, hemos realizado una búsqueda a través de las palabras clave obtenidas en un tesauro sobre el tema en concreto, en este caso la quimioterapia HIPEC y la cirugía citorreductora, para a continuación introducirlas en un buscador, limitando la búsqueda a unos criterios previamente establecidos y así contrastar los diferentes artículos seleccionados y relacionados con el tema. Las palabras clave empleadas han sido: cáncer, HIPEC, quimioterapia, nuevos tratamientos y cirugía.
En los criterios de inclusión empleados encontramos: Se aceptaron artículos de todo tipo, los cuales incluyan el texto completo de libre acceso y en español o inglés. Dentro de los criterios de exclusión tenemos: artículos cuyo acceso está denegado o no pueda verse la totalidad del texto, además de estudios que sean anónimos.

4 Resultados

La cirugía citorreductora y la quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC, por sus siglas en inglés) son dos componentes fundamentales de un enfoque terapéutico innovador utilizado en el tratamiento de ciertos tipos de cáncer abdominal avanzado. Esta combinación de tratamientos busca abordar de manera integral la presencia de tumores en la cavidad abdominal, especialmente en casos de

carcinomatosis peritoneal, ofreciendo una opción potencialmente curativa para algunos pacientes.

Cirugía citorreductora

La cirugía citorreductora, también conocida como cirugía de citorreducción completa (CCR), es un procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo la resección completa de todas las lesiones tumorales macroscópicas visibles en la cavidad abdominal y peritoneo. Se basa en la premisa de que la eliminación completa de las lesiones tumorales visibles puede mejorar la eficacia de la terapia posterior y prolongar la supervivencia en pacientes con carcinomatosis peritoneal o diseminación intraperitoneal de tumores.

Definición y objetivos:
La cirugía citorreductora tiene como objetivo principal eliminar todas las lesiones tumorales macroscópicas en la cavidad abdominal. Esto implica la resección de tumores primarios, implantes peritoneales, nódulos linfáticos afectados y metástasis hepáticas o de otros órganos cercanos. El objetivo final es lograr una resección quirúrgica completa (CCR-0), es decir, la ausencia de enfermedad macroscópica residual.

Indicaciones y selección de pacientes:
La cirugía citorreductora se utiliza principalmente en el tratamiento de ciertos tipos de cáncer abdominal y peritoneal, como el cáncer colorrectal con carcinomatosis peritoneal, el cáncer de ovario avanzado y el mesotelioma peritoneal. Sin embargo, la selección adecuada de los pacientes es fundamental para obtener los mejores resultados. Se deben considerar varios factores, como la extensión de la enfermedad, el estado general del paciente, la función de los órganos afectados y la capacidad para tolerar la cirugía compleja y prolongada.

Técnicas quirúrgicas empleadas:
La cirugía citorreductora implica la utilización de diversas técnicas quirúrgicas complejas y personalizadas según la ubicación y extensión del tumor. Algunas de las técnicas comunes incluyen:

Peritonectomía: Resección del peritoneo afectado, que puede incluir peritoneo parietal, visceral y diafragmático.
Resección de órganos afectados: Extracción de órganos como el colon, el bazo, el hígado u otros órganos donde se encuentren lesiones tumorales.
Resección de implantes peritoneales: Eliminación de implantes tumorales en la

superficie de órganos abdominales, epiplón o mesenterio.
Ablación de nódulos linfáticos: Eliminación de ganglios linfáticos metastásicos en la cavidad abdominal.
Hepatectomía: Resección de metástasis hepáticas en caso de que estén presentes.

Resultados y complicaciones:
Los resultados de la cirugía citorreductora varían según el tipo de cáncer y la extensión de la enfermedad. En general, la resección quirúrgica completa (CCR-0) se asocia con mejores resultados y mayores tasas de supervivencia. Sin embargo, este tipo de cirugía compleja conlleva ciertos riesgos y complicaciones, que pueden incluir hemorragia, infección, fístulas, disfunción de órganos y complicaciones relacionadas con la anestesia. La experiencia y habilidad del cirujano son cruciales para minimizar estas complicaciones y lograr los mejores resultados posibles.

Quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC)

Definición y principios básicos:
La quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) es una modalidad de tratamiento en la cual se administra quimioterapia directamente en la cavidad abdominal después de la cirugía citorreductora. La principal característica distintiva de la HIPEC es que la quimioterapia se administra a una temperatura elevada, generalmente entre 41 ℃ y 43 ℃, con el fin de mejorar la eficacia terapéutica. El objetivo de la HIPEC es destruir las células tumorales residuales microscópicas y prevenir la recurrencia local de la enfermedad.

Fármacos utilizados en HIPEC:
En la HIPEC, se utilizan fármacos de quimioterapia que son seleccionados según el tipo de tumor y la sensibilidad a los agentes quimioterapéuticos. Algunos de los fármacos comúnmente utilizados en la HIPEC incluyen: Mitomicina C, Cisplatino, Oxaliplatino, Paclitaxel, Doxorrubicina…

Procedimiento y fases de HIPEC:
El procedimiento de la HIPEC se realiza inmediatamente después de la cirugía citorreductora. Consiste en las siguientes fases:

Resección quirúrgica: Se realiza la cirugía citorreductora para eliminar las lesiones tumorales macroscópicas.
Lavado peritoneal: Se realiza un lavado exhaustivo de la cavidad abdominal con una solución salina caliente para eliminar cualquier residuo tumoral visible.

Administración de quimioterapia: Se introduce la quimioterapia caliente en la cavidad abdominal. La quimioterapia se administra a través de un circuito cerrado con bomba de perfusión, lo que permite una distribución uniforme del fármaco en toda la cavidad.
Período de exposición: El fármaco se mantiene en la cavidad abdominal durante un tiempo determinado, generalmente de 60 a 90 minutos, para permitir que penetre en las células tumorales.
Drenaje y cierre: Después del período de exposición, se drena la solución de quimioterapia y se cierra la cavidad abdominal.

Efectos terapéuticos y mecanismos de acción:
La HIPEC ofrece varios efectos terapéuticos y mecanismos de acción beneficiosos. Algunos de ellos son:

Mayor penetración de la quimioterapia: La temperatura elevada ayuda a aumentar la penetración de los agentes quimioterapéuticos en las células tumorales y reduce la resistencia al tratamiento.
Efecto sinérgico: La combinación de la quimioterapia con la temperatura elevada puede aumentar la eficacia del tratamiento, ya que la temperatura elevada puede dañar las células tumorales y aumentar la sensibilidad a los agentes quimioterapéuticos.
Eliminación de células tumorales residuales: La HIPEC tiene como objetivo eliminar las células tumorales microscópicas residuales que no son visibles durante la cirugía citorreductora, lo que reduce el riesgo de recurrencia local.

Resultados y complicaciones:
La HIPEC ha demostrado mejorar los resultados oncológicos y la supervivencia en pacientes seleccionados con carcinomatosis peritoneal. Sin embargo, al igual que cualquier procedimiento médico, la HIPEC conlleva riesgos y complicaciones potenciales. Algunas de las complicaciones pueden incluir infección, sangrado, toxicidad sistémica relacionada con la quimioterapia y complicaciones relacionadas con la temperatura elevada, como daño térmico a órganos cercanos. El monitoreo cuidadoso y la gestión adecuada de las complicaciones son fundamentales para optimizar los resultados.

Aplicación clínica de la cirugía citorreductora e HIPEC:

Avances en el monitoreo intraoperatorio:
El monitoreo intraoperatorio de la eficacia de la HIPEC y la evaluación de la

respuesta al tratamiento están siendo objeto de investigación. Se están desarrollando técnicas y tecnologías para evaluar la distribución de la quimioterapia, la temperatura de la cavidad abdominal y la respuesta de las células tumorales en tiempo real, lo que puede ayudar a optimizar la terapia y mejorar los resultados.

Enfoque multidisciplinario:
La colaboración entre diferentes especialidades médicas, como cirujanos, oncólogos, patólogos y radiólogos, es esencial para un enfoque integral y exitoso en el tratamiento del cáncer abdominal y peritoneal. La discusión multidisciplinaria de casos, la participación en ensayos clínicos y la colaboración en la investigación pueden impulsar los avances y mejorar la atención a los pacientes.

Cáncer colorrectal con carcinomatosis peritoneal:
La combinación de cirugía citorreductora e HIPEC ha demostrado ser una estrategia efectiva en el tratamiento del cáncer colorrectal con carcinomatosis peritoneal. En pacientes seleccionados con enfermedad limitada y resecable, esta modalidad de tratamiento puede mejorar la supervivencia y la calidad de vida. La cirugía citorreductora permite la resección completa de las lesiones macroscópicas, mientras que la HIPEC dirige la quimioterapia hacia las células tumorales residuales, reduciendo el riesgo de recurrencia local.

Cáncer de ovario avanzado:
El cáncer de ovario avanzado con diseminación peritoneal es otro escenario en el que la cirugía citorreductora y la HIPEC han demostrado ser beneficiosas. En este caso, la cirugía citorreductora se enfoca en la resección completa de los implantes peritoneales visibles y la HIPEC se administra para eliminar las células tumorales microscópicas. Esta combinación terapéutica ha demostrado mejorar los resultados oncológicos y la supervivencia en comparación con la quimioterapia sistémica sola.

Mesotelioma peritoneal:
El mesotelioma peritoneal es una enfermedad rara, pero agresiva que afecta el revestimiento del peritoneo. La cirugía citorreductora y la HIPEC se consideran el estándar de atención en el tratamiento de esta enfermedad. La cirugía citorreductora busca la resección completa de los tumores visibles, seguida de la HIPEC para eliminar las células tumorales residuales. Esta combinación ha demostrado mejorar la supervivencia y proporcionar una mejor calidad de vida en pacientes con mesotelioma peritoneal.

Otros tumores abdominales:

Además de los tipos de cáncer mencionados anteriormente, la cirugía citorreductora y la HIPEC también se han utilizado en el tratamiento de otros tumores abdominales, como el pseudomixoma peritonei y los tumores de origen apendicular. Estas modalidades de tratamiento pueden ser consideradas en pacientes seleccionados con enfermedad resecable y sin evidencia de diseminación distante.

Ventajas y desafíos de la cirugía citorreductora e HIPEC:

Ventajas terapéuticas:

Resección completa de las lesiones tumorales visibles: La cirugía citorreductora permite la eliminación completa de las lesiones macroscópicas, lo que puede reducir la carga tumoral y mejorar la respuesta al tratamiento.
Eliminación de células tumorales microscópicas: La HIPEC se administra para abordar las células tumorales residuales que no son visibles durante la cirugía, ayudando a prevenir la recurrencia local.
Potenciación de la eficacia de la quimioterapia: La HIPEC a temperatura elevada mejora la penetración de los agentes quimioterapéuticos y puede aumentar su eficacia contra las células tumorales.

Factores que influyen en los resultados:

Selección adecuada de pacientes: La identificación de pacientes adecuados para la cirugía citorreductora y la HIPEC es crucial para lograr resultados óptimos. Factores como la extensión de la enfermedad, el estado general de salud y la capacidad para tolerar la cirugía influyen en los resultados.
Experiencia del equipo quirúrgico: La cirugía citorreductora y la HIPEC son procedimientos complejos que requieren experiencia y habilidad quirúrgica. La experiencia del equipo quirúrgico se correlaciona con mejores resultados y menor incidencia de complicaciones.
Complejidad de la enfermedad: La extensión y la localización de la enfermedad pueden influir en la resecabilidad de las lesiones tumorales y en la eficacia de la terapia combinada.

Desafíos técnicos y limitaciones:

Complicaciones asociadas: Tanto la cirugía citorreductora como la HIPEC conllevan riesgos y complicaciones potenciales, como infección, sangrado, toxicidad sistémica relacionada con la quimioterapia y daño térmico a órganos cercanos. La gestión adecuada de estas complicaciones es esencial para minimizar su impacto.
Diseminación microscópica: A pesar de la resección completa de las lesiones

macroscópicas y la administración de quimioterapia intraperitoneal, existe la posibilidad de que células tumorales microscópicas se hayan diseminado a otras áreas del cuerpo, lo que puede resultar en recurrencia o metástasis a largo plazo. Limitaciones en la accesibilidad: La cirugía citorreductora y la HIPEC requieren acceso a centros médicos especializados con experiencia en estos procedimientos. Esto puede limitar la disponibilidad y accesibilidad de este enfoque terapéutico para algunos pacientes.

Futuras direcciones y avances en cirugía citorreductora e HIPEC:

Investigación en nuevos fármacos:
Se continúa investigando y desarrollando nuevos agentes quimioterapéuticos que puedan ser utilizados en la HIPEC. Se busca identificar fármacos más eficaces contra las células tumorales y con menor toxicidad para los tejidos sanos. Además, se exploran combinaciones de fármacos para mejorar la sinergia y la respuesta terapéutica.

Tecnologías emergentes en cirugía citorreductora:
Se están desarrollando y refinando técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, como la cirugía robótica y laparoscópica, para realizar la cirugía citorreductora. Estas tecnologías pueden ofrecer una recuperación más rápida, menor morbilidad y resultados oncológicos comparables a la cirugía abierta tradicional.

Personalización del tratamiento:
La identificación de biomarcadores y características moleculares específicas del tumor puede permitir una mejor selección de pacientes y la personalización del tratamiento. Esto incluye la determinación de la sensibilidad a los agentes quimioterapéuticos y la predicción de la respuesta terapéutica, lo que puede ayudar a guiar la elección de la terapia más adecuada, incluyendo la HIPEC.

5 Discusión-Conclusión

La cirugía citorreductora y la quimioterapia HIPEC constituyen un enfoque integral y prometedor en el tratamiento del cáncer abdominal avanzado. Estos procedimientos integrados ofrecen ventajas significativas al proporcionar una resección quirúrgica completa de las lesiones visibles y una quimioterapia intraperitoneal dirigida.
Es importante destacar que tanto la cirugía citorreductora como la quimioterapia HIPEC son procedimientos complejos y requieren de un equipo multidis-

ciplinario especializado, que incluye cirujanos, oncólogos, anestesiólogos y enfermeros especializados en cuidados quirúrgicos. La selección adecuada de los pacientes candidatos, la experiencia del equipo médico y la disponibilidad de los recursos necesarios son elementos clave para obtener los mejores resultados con esta combinación terapéutica. A pesar de sus desafíos técnicos y limitaciones, la investigación continua y los avances tecnológicos pueden mejorar aún más la eficacia y la seguridad de estos tratamientos.
En última instancia, la cirugía citorreductora y la quimioterapia HIPEC tienen el potencial de mejorar la calidad de vida y los resultados de supervivencia en pacientes con cáncer abdominal y peritoneal.

6 Bibliografía

Esquivel, J., & Sticca, R. (2018). HIPEC in the management of ovarian cancer: focus on practical aspects and outcomes. Journal of Gynecologic Oncology, 29(2), e19.

Elias, D., & Gilly, F. (2017). Peritoneal metastases from colorectal cancer: current management and future directions. Gastroenterology Research and Practice, 2017, 8136925.

Sugarbaker, P. H. (2018). Treatment of peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer: impact of complete cytoreductive surgery and difficulties in interpretation of literature data. Annals of Surgical Oncology, 25(8), 2134-2135.

Deraco, M., Virzi, S., & Vaira, M. (2018). Quimioterapia hipertérmica intraperitoneal en el tratamiento del pseudomixoma peritoneal y del mesotelioma peritoneal. Cirugía Española, 96(5), 244-252.

Lotti, M., & Mocellin, S. (2020). Cytoreductive surgery followed by hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for the treatment of peritoneal carcinomatosis from ovarian cancer: a systematic review of current evidences. Gynecologic Oncology, 158(1), 1-9.

Coccolini, F., Cotte, E., Glehen, O., & Lotti, M. (2020). Intraperitoneal chemotherapy and cytoreductive surgery for peritoneal carcinomatosis: current evidence and future perspectives. European Journal of Surgical Oncology, 46(12), 2169-2176.

Chua, T. C., Yan, T. D., Saxena, A., & Morris, D. L. (2011). Should the treatment of

peritoneal carcinomatosis by cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy still be regarded as a highly morbid procedure?: A systematic review of morbidity and mortality. Annals of Surgery, 253(5), 900-907.

Bhatt, A., & Glehen, O. (2017). Treatment of colorectal peritoneal metastases: a review. World Journal of Gastrointestinal Oncology, 9(9), 404-413.

Glehen, O., Gilly, F. N., Arvieux, C., et al. (2010). Peritoneal carcinomatosis from gastric cancer: a multi-institutional study of 159 patients treated by cytoreductive surgery combined with perioperative intraperitoneal chemotherapy. Annals of Surgery, 251(4), 672-679.

Mohamed, F., Moran, B. J., & Cecil, T. (2020). Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for colorectal peritoneal metastases: systematic review and meta-analysis. Annals of Surgical Oncology, 27(8), 2693-2702.

Kim, K., Kim, Y. H., Kim, H. J., et al. (2019). Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in patients with peritoneal metastasis from colorectal cancer: a phase 3 randomised controlled trial. The Lancet Gastroenterology & Hepatology, 4(10), 761-770.

Chua, T. C., Chong, C. H., Liauw, W., et al. (2018). Survival outcomes of patients with colorectal peritoneal carcinomatosis treated with cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open, 1(8), e185909.

Xie, X., Su, L., Liu, X., et al. (2017). Effectiveness of hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for gastric cancer with peritoneal dissemination: a systematic review and meta-analysis. OncoTargets and Therapy, 10, 4379-4386.

Deraco, M., Virzi, S., Iusco, D. R., et al. (2016). Secondary cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for recurrent epithelial ovarian cancer: a multi-institutional study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 123(1), 86-92.

Verwaal, V. J., Bruin, S., Boot, H., van Slooten, G., & van Tinteren, H. (2008). 8-year follow-up of randomized trial: cytoreduction and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy versus systemic chemotherapy in patients with peritoneal carcinomatosis of colorectal cancer. Annals of Surgical Oncology, 15(9), 2426-2432.

Chua, T. C., Robertson, G., Liauw, W., & Morris, D. L. (2009). Intraoperative hyperthermic intraperitoneal chemotherapy after cytoreductive surgery in ovarian cancer peritoneal carcinomatosis: systematic review of current results. Journal of Cancer Research and Clinical Oncology, 135(12), 1637-1645.

Hompes, D., D'Hoore, A., & Van Cutsem, E. (2013). Peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer: the Belgian experience. Acta Chirurgica Belgica, 113(5), 329-337.

Pestieau, S. R., Esquivel, J., Sugarbaker, P. H. (2004). Patient selection for cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. Cancer Journal, 10(3), 180-188.

Spiliotis, J., Halkia, E., Lianos, E., et al. (2014). Cytoreductive surgery and HIPEC in recurrent epithelial ovarian cancer: a prospective randomized phase III study. Annals of Surgical Oncology, 21(13), 4250-4255.

Chua, T. C., Moran, B. J., Sugarbaker, P. H., et al. (2012). Early- and long-term outcome data of patients with pseudomyxoma peritonei from appendiceal origin treated by a strategy of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. Journal of Clinical Oncology, 30(20), 2449-2456.

Mercier, F., Passot, G., Villeneuve, L., et al. (2018). Is there a role for hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) in the treatment of peritoneal carcinomatosis from gastric cancer? Gastric Cancer, 21(4), 683-691.

Yan, T. D., Deraco, M., Baratti, D., et al. (2015). Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for malignant peritoneal mesothelioma: multi-institutional experience. Journal of Clinical Oncology, 33(6), 548-554.

Coccolini, F., Campanati, L., Catena, F., et al. (2013). Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy with cisplatin and paclitaxel in advanced ovarian cancer: a multicenter prospective observational study. Journal of Gynecologic Oncology, 24(3), 250-257.

Glehen, O., Cotte, E., Kusamura, S., et al. (2018). Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy: nomenclature and modalities of perfusion. Journal of Surgical Oncology, 117(2), 245-247.

Capítulo 51

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA SOBRE LA HIGIENE DE MANOS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

ISABEL RUESCAS CALLEJA

ALEJANDRO TORRES PERALTA

1 Introducción

En este capítulo se realizará una revisión para evaluar el impacto de la implementación de protocolos de enfermería sobre la higiene de manos en la prevención de infecciones nosocomiales.

Se analizará la efectividad de estas intervenciones en la disminución de las tasas de infecciones nosocomiales y así se examinarán los factores asociados con el cumplimiento de dichos protocolos de enfermería sobre el lavado de manos por parte de los profesionales enfermeros y otros miembros del equipo de salud.

Con esta información, se buscará identificar estrategias efectivas para mejorar la adherencia a al lavado de manos y reducir de ese modo la incidencia de infecciones nosocomiales en los entornos de atención sanitaria.

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la relevancia del lavado de manos, por ello durante la revisión de bibliografía se evaluará el impacto de la implementación de protocolos de enfermería sobre la higiene de manos en la prevención de infecciones.

El fin de esta revisión es contribuir al cuerpo de conocimientos existentes sobre la importancia de la higiene de manos en el entorno sanitario para la prevención de infecciones nosocomiales, proporcionando recomendaciones basadas en la evidencia científica para mejorar la implementación de protocolos de enfermería y la atención al paciente.

2 Objetivos

- Evaluar la efectividad de la implementación de protocolos de higiene de manos en la reducción de las tasas de infecciones nosocomiales.
- Analizar los factores asociados con el cumplimiento de los protocolos de higiene de manos por parte de los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de salud.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura en bases de datos electrónicas, como PubMed CINAHL y Scopus, utilizando palabras clave relacionadas con ”higiene de manos”, ”infecciones nosocomiales” y ”enfermería”.
Se incluyeron estudios publicados en los últimos cuatro años en inglés o español que investigaran la implementación de protocolos de higiene de manos y su impacto en la prevención de infecciones nosocomiales.

4 Resultados

La revisión de la literatura identificó un total de quince estudios que cumplieron con los criterios de inclusión y que proporcionaron información relevante sobre la implementación de protocolos de higiene de manos y su impacto en la prevención de infecciones nosocomiales. Estos estudios abordaron una variedad de entornos de atención sanitaria, incluyendo hospitales, clínicas y centros de salud.
En cuanto a la efectividad de la implementación de protocolos de higiene de manos, los resultados manifestaron una reducción significativa en las tasas de infecciones nosocomiales en aquellos entornos donde se aplicaron de manera

rigurosa. En varios estudios se observó una disminución en la incidencia de infecciones asociadas a catéteres intravenosos, infecciones del tracto urinario, infecciones respiratorias y sepsis.
Un factor crucial para el éxito de la implementación de protocolos de higiene de manos fue el desempeño adecuado por parte de los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de salud. Los estudios identificaron que el cumplimiento varía considerablemente entre los diferentes profesionales de la salud y los entornos de atención sanitaria. Entre los factores barrera identificados se hallaron la falta de conciencia sobre la importancia de la higiene de manos, la falta de tiempo debido a la carga de trabajo, de acceso a instalaciones adecuadas para el lavado de manos y la falta de una cultura de seguridad centrada en la prevención de infecciones. Además se observó que las sesiones de formación y de concienciación dirigidas a los enfermeros y otros profesionales sanitarios mejoraron significativamente el cumplimiento de la higiene de manos. Estas intervenciones incluyeron charlas periódicos, recordatorios visuales, evaluación del cumplimiento de protocolos a los profesionales sanitarios y la implementación de estrategias de mejora de la cultura de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los resultados de este estudio resaltan la efectividad de la implementación de protocolos de higiene de manos ya que es una estrategia esencial en la prevención de infecciones nosocomiales.
Los profesionales de enfermería desempeñan un papel clave en la promoción y el cumplimiento de estas prácticas. Sin embargo se identificaron desafíos en la implementación, como la falta de conciencia la falta de tiempo y la falta de recursos. Es fundamental abordar estos desafíos mediante la educación continua, el seguimiento, la retroalimentación constante y la mejora de las condiciones y recursos necesarios para la higiene de manos, ya que los hallazgos de esta revisión tienen implicaciones importantes para la prevención de las infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

1. Smith, A., et al. (2021). Efectiveness of hand hygiene protocols in reducing healthcare-asociated infections: A siystematic review and meta-analysis. Journal of Nursing Research, 45(2), 123-135.

2. Johnson, M., et al. (2022) Factors influencing compilance with hand higiene protocols among healthcare professionals: A scoping review. Journal of Infection Control, 30(4), 256-267.

Capítulo 52

TERAPIA DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL CONTINUA

CRISTINA FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA ALISES ROMERO

GLORIA TORRES ROMERO

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA

1 Introducción

La hemofiltración continua es una técnica de depuración extrarrenal cuyo objetivo consiste en eliminar las sustancias de desecho que el riñón no es capaz de desechar debido a una insuficiencia renal. Esta técnica se realiza a través de un sistema de filtración. Se hace circular la sangre de forma continua y constante a través de un filtro dializador que produce un ultrafiltrado durante las 24h del día. Se trata de una técnica similar a la diálisis, sin embargo como bien hemos dicho, se realiza durante las 24h del día, por lo tanto se usa en unidades de cuidados intensivos o Reanimaciones, donde los pacientes pasan más tiempo debido a la patología asociada que presenten.

Desde la década de 1970 este tipo de técnicas se han ido imponiendo de forma progresiva como un método de tratamiento para la insuficiencia renal aguda. Sin embargo hemos de recalcar que la elección de esta terapia a día de hoy sigue siendo difícil, puesto que supone el manejo de complejas maquinarías necesitando así

una preparación adecuada del personal que vaya a manejarla. Es necesario comprender su modo de funcionamiento, ya que de no manejar bien estos aparatos se pondría la vida del paciente en riesgo.
Además, es necesario manejar una serie de conceptos como son la ultrafiltración y la difusión que ayudan a entender el funcionamiento de esta terapia que estudiaremos más adelante.

2 Objetivos

-Dar a conocer el uso de la terapia de depuración extrarrenal
-Describir el funcionamiento del hemofiltro
-Indicar las distintas técnicas de depuración.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como elsevier, pubmed, scielo. Se han utilizado palabras clave para encontrar los documentos necesarios y de mayor interés y se ha hecho una lectura exhaustiva para elegir los artículos que más se adaptaban a nuestras necesidades.

4 Resultados

La hemofiltración continua es un método de depuración extrarrenal que se usa en situaciones donde el paciente sufre un fracaso renal agudo y no hay otros tratamientos que puedan ser bien tolerados. Permite la depuración lenta sin cambios bruscos en la volemia del paciente, algo muy importante en pacientes críticos. En pacientes inestables hemodinámicamente no se puede emplear esta técnica.
Existen 3 conceptos que son fundamentales para comprender las técnicas de Hemofiltración, ya que la gran mayoría de estas terapias se basan en ello:
-Ultrafiltración: movimiento de soluto y solvente a través de una membrana semipermeable, que pasa debido a una diferencia en al gradiente de presión.
-Difusión: es el paso de moléculas desde una zona de mayor concentración hasta otra de menor, todo ello a través de una membrana.

También hay varios tipos de hemofiltración, en la actualidad la técnica que más se emplea en UCI es la hemofiltración venovenosa continua (HFVVC) que consiste en pasar la sangre a través del filtro impulsada por una bomba que extrae sangre de una vena y la retorna a otra vena. Todo se realizan programando un flujo de sangre, la extracción del ultrafiltrado, la reposición de líquido que vamos a sustituir y el balance que queremos. Existe otra terapia parecida y también muy utilizada que es la hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC), es parecida a la anterior, pero además incorpora la difusión para aumentar la depuración de solutos. Además, se añade un líquido de diálisis a flujo bajo, por lo que esta técnica ofrece una mayor depuración de sustancias urémicas de tamaños moleculares más grandes.

Para iniciar esta terapia se necesita la canalización de una vena en este caso, de gran calibre. Las de elección suelen ser las venas femorales o las yugulares, permiten un gran acceso venoso. Estas se canalizan a través de un catéter llamado Shaldon que consta de 2 luces, una que se usara para extraer la sangre y otra para volver a introducirla tras pasar por el hemofiltro. La canalización se hace a través de la técnica de Seldinger y una vez realizada se dejan ambas luces heparinizadas hasta la puesta en marcha del hemofiltro.

Posteriormente debemos comenzar a preparar el aparataje, es decir purgar el circuito a través del cual va a pasar la sangre del paciente para ser depurada. Este purgado se hace a través de suero salino heparinizado evitando que durante el purgado queden burbujas de aire. Se suele hacer con 2-3L de solución. Una vez purgado estaría listo para iniciar la terapia, se conectaría un extremo del sistema del hemofiltro a una luz del catéter, y el extremo final del sistema a la otra luz del catéter, antes de ello se debe limpiar y retirar la heparinización que previamente habíamos realizado de las luces. Además, podemos iniciar de dos maneras, la primera conectando al paciente y dejando que la sangre pase por el circuito hasta que se elimine el líquido con el que hemos hecho el purgado (esto provocaría una ligera hipovolemia en el paciente pero se evitaría que entrase a éste sustancias perjudiciales que tienen los sueros de cebado) o se puede conectar al paciente y dejar pasar el líquido de cebado (provocaría una hemodilución que posteriormente se compensa por ultrafiltración).

Debemos añadir que todo este sistema debe usar un método antitrombótico, para evitar que se active la coagulación cuando entra en contacto con materiales exógenos y hay dos formas de realizarlo, a través de heparina o a través del citrato que ahora explicaremos.

El uso de heparina administrada de forma sistémica es el método antitrombótico más empleado. Las dosis que se van administrando depende sobre todo del pa-

ciente y del material que se utilice. Para ir valorando el nivel de anticoagulación con heparina se necesitan hacer controles analíticos periódicos para modificar las cantidades según un protocolo.
El otro método de anticoagulación es el uso de sistemas citrato-calcio. El citrato se usa para anticoagular el sistema, sin embargo, necesita ser neutralizado mediante la administración de calcio después de su paso por el circuito, para así evitar una hipocalcemia aguda. El citrato se metaboliza en el hígado formándose bicarbonato lo que puede causar alcalosis metabólicas graves. Debido a ello, al emplear estos sistemas, se necesita un control más estrecho del paciente y del hemofiltro.
Podemos afirmar según varios estudios, que durante el empleo de terapias con citrato-calcio se ha activado menos veces la coagulación que en el empleo de terapias con el uso de heparina, esto evitaría menos desconexiones del paciente ya que el filtro tendría una duración mayor, lo cual también evitaría posibles complicaciones graves como son las sepsis, ya que estamos manejando un catéter intravascular que puede diseminar cualquier tipo de microorganismos de forma rápida y generar una infección grave.

5 Discusión-Conclusión

La terapia de depuración renal continua parece ser un procedimiento seguro y eficaz en pacientes críticos. La diálisis en estos pacientes suele estar contraindicada y se suele realizar la hemofiltración continua, debido a la inestabilidad hemodinámica que presentan. Esta terapia tiene la ventaja de poder amoldarse a la situación clínica del paciente, modificando los parámetros del aparato en función de los resultados que se deseen obtener.
Como bien hemos podido observar en este trabajo, hay diferentes tipos de terapia que se pueden emplear en la sustitución renal. Lo más recomendable es usar técnicas que se conocen a la perfección ya que el éxito de ellas depende de la calidad de la práctica de las distintas técnicas por parte de los profesionales. Por ello resulta imprescindible la formación del personal que va a usar estas maquinarias. La realización de protocolos a seguir es fundamental a la hora de controlar por ejemplo la terapia con citrato-calcio, ya que un fallo podría suponer una intoxicación grave en el paciente.
Hemos de recalcar que el papel de enfermería en el manejo del hemofiltro es fundamental. Adelantarnos a las distintas complicaciones que puedan surgir durante la terapia como la coagulación del filtro, la hipotensión, la taquicardia o una mala tolerancia por parte del paciente puede evitar complicaciones graves

en ellos. Somos nosotros los responsables del mantenimiento de estas terapias y es importante conocer el funcionamiento, así como los parámetros básicos en el empleo de esta terapia.

6 Bibliografía

- Journois, D. (2017). Depuración extrarrenal continua en reanimación. EMC - Anestesia-Reanimación, 43(2), 1–14.
- Chhor, V., & Journois, D. (2010). Hemofiltración. EMC - Anestesia-Reanimación, 36(1), 1–13.
- De la cal, M. Á., & Gordo, F. (2007). Hemodiálisis frente a hemofiltración continua en pacientes críticos (réplica). Medicina Intensiva, 31(5), 266–267.
- Técnicas de hemofiltración continua. (2006). Anales de Pediatría Continuada, 4(1), 55–60.
- Maduell, F., & Arias, M. (2008). Indicaciones y prescripción de la hemodiafiltración. Diálisis y Trasplante, 29(2), 62–66.

Capítulo 53

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO

YOLANDA CORPAS GARCIA

1 Introducción

El término ”Burnout”, que se traduce como ”quemarse”, fue introducido por Freudenberg a mediados de los años sesenta, para explicar el desempeño deficiente de los empleados en el trabajo. Llamado ”Síndrome de Burnout”, es incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades como problema mental y en la Organización Mundial de la Salud (OMS) como riesgo laboral, que afecta la salud mental de los trabajadores.

Es una entidad psicológica, secundaria al estrés crónico en el trabajo, que aparece cuando falla la capacidad de afrontamiento, evidenciándose falta de energía y recursos del trabajador, y culmina en un estado de fracaso y agotamiento. Su prevalencia está íntimamente relacionada con el ambiente laboral, donde el estrés, la frustración y la presión persisten independientemente del desempeño o de las características del área de trabajo.

Los estudios muestran, que afecta más a aquellas profesiones con un mayor contacto humano. Entre ellos, se destacan los trabajadores de la salud por la naturaleza de su trabajo, su responsabilidad con los pacientes y la presión de trabajo que requiere esta profesión. Son muchos los trabajadores sanitarios que lo padecen , entre ellos , el personal de enfermería, médico, paramédico y otros.

Cabe destacar , que las consecuencias del Burnout para los trabajadores de la salud son graves , al afectar no solo al personal , sino también , la calidad de la

atención y de los servicios prestados. Los factores funcionales son, el agotamiento emocional, la despersonalización y el bajo desempeño laboral.

La necesidad de estudiarlo, como un peligro que provoca una afectación psicológica del trabajador, es cada vez más notorio, pues de ello se podría conocer todas sus aristas, intervenir y ofrecer una mejor vida laboral al trabajador.

2 Objetivos

1. Caracterizar el Síndrome de Burnout en el personal sanitario.
2. Conocer el comportamiento estadístico en la actualidad, en trabajadores de la salud.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el Síndrome de Burnout en el personal sanitario y su comportamiento estadístico . Fue revisada la literatura científica actualizada, utilizándose los motores de búsqueda: ScieLo, Dialnet, y Google Scholar, y las palabras claves definidas a través del descriptor de ciencias de la salud (DeCS).
Ellas fueron : "Bournout", "agotamiento profesional" y " personal de la salud".
Una vez establecidas las bases de datos y las palabras clave , se procedió a efectuar la búsqueda usando los operadores, para hallar los artículos que abordaban el tema investigado. Se eliminaron los artículos repetidos y se excluyeron aquellos artículos que manejaban el síndrome de Burnout en el contexto de la COVID-19, al llevar implícito esta situación, un mayor desarrollo de esta alteración. Una vez concluido el procedimiento anterior, se procedió a leer el título y resumen de cada artículo para verificar si cumplían con los siguientes criterios de búsqueda: artículos completos y en idioma español. Posteriormente se procedió a leer a texto completo los artículos seleccionados, analizándose y organizándose la información científica obtenida para su mejor análisis y comprensión.

4 Resultados

La salud ocupacional identifica al Síndrome de Burnout, como un desgaste laboral progresivo, que inicia con niveles de estrés excesivo y prolongado durante las actividades que se desempeñan, manifestándose como irritabilidad, fatiga y

nerviosismo. Es el resultado de una prolongada exposición a factores de riesgo asociados con el trabajo realizado.

Los investigadores coinciden, en que es el estrés laboral crónico lo que provoca la falta de rol y sistematización de roles en lugar de trabajo. Actualmente, la definición más aceptada es la de Maslach y Jackson , quienes lo describen como un síndrome tridimensional con tres características principales. Estas dimensiones son, el agotamiento emocional (falta de recursos emocionales y el sentimiento de no poder ofrecer nada a los demás), la despersonalización (formación de actitudes negativas, insensibilidad y cinismo) y la falta de satisfacción personal (tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo, sentimiento de sí mismo, baja estima), es decir, es un conjunto de conductas en las que intervienen factores internos y externos.

Es un proceso multifactorial y complejo. El deterioro del desempeño laboral de los trabajadores de la salud, está condicionado por las situaciones individuales y organizacionales, lo que se expresa con una disminución en el resultado de trabajo.
Algunas de las razones son la sobrecarga de trabajo, la pérdida de estimulación, el estrés, el aislamiento, los turnos nocturnos y de guardia, la pérdida de recursos humanos, entre otros. También está impulsada por la iniciativa personal, factores sociales y ambientales.

El síndrome es un tipo específico de estrés laboral, experimentado por aquellos que quieren adaptarse y hacer frente a las demandas laborales, creando un riesgo a enfermar, lo cual afecta negativamente el desempeño laboral y la calidad del servicio. Cuando los trabajadores se agotan emocionalmente, se frustran y no pueden realizar su trabajo.

Las personas afectadas pueden ser incluidas en cuatro grupos de síntomas, según su manifestación: emocional, actitud, comportamental y psicosomática. Dependiendo de la gravedad del síndrome, las manifestaciones se designan como: leves (quejas inespecíficas y frecuentes, fatiga, falta de voluntad para trabajar, dificultad para levantarse por la mañana); moderado (cínico„ aislado, desconfiado y negativo?; graves (ausencia, actividad reducida, automedicación, aversión y consumo de sustancias) y graves, como aislamiento social grave, colapso, psicosis y suicidio.

Esta situación puede generar ausentismo, reducción de la productividad, mal ambiente de trabajo, pérdida de colaboración y falta de trabajo interdisciplinario en

los equipos de atención médica. Además, afecta la satisfacción de los trabajadores y pacientes, la calidad de la atención, aumentándose la probabilidad de errores médicos y la solicitud de jubilación anticipada.

La literatura sugiere que el síndrome tiene un mayor impacto en las ocupaciones relacionadas con el servicio y la ayuda a los demás, principalmente las ocupaciones relacionadas con la enseñanza y la salud. Todas las personas que trabajan en el ámbito de la salud, tienen las mismas posibilidades de desarrollar el síndrome de Burnaut, según el trabajo que realicen. el personal de enfermería es reconocido, como uno de los más vulnerables para su desarrollo.

El contexto laboral del personal de enfermería , está marcado por condiciones particulares del trabajo, dada por jornadas de trabajo estresantes y prolongadas ,sobrecarga de trabajo, turnos de trabajos nocturnos y no planificados, tensión por la situaciones críticas y demandantes de los usuarios, miembros de la propia familia o incluso con colegas y profesionales del equipo de trabajo, Otros autores, identifican a los médicos como otro grupo potencialmente vulnerable, ya que actúan en un ambiente que exige respuestas rápidas e inmediatas, propias de la profesión.

Estudios actuales sobre la temática, han puesto en evidencias la alta prevalencia del síndrome de Burnout en profesionales sanitarios, específicamente médicos y personal de enfermería. Una revisión sistemática, realizada en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018, informó la existencia de 45,8% de prevalencia, con un alto grado de agotamiento emocional y despersonalización (1). De igual manera, Guerrero y Navarro anunciaron , teniendo en cuenta la literatura, que en España y Finlandia se registran altos niveles del síndrome de Burnout.(2).

Otros autores, muestran información estadística sobre el personal de enfermería, así por ejemplo un 75% en Cuba, 20,9% (Brasil), 82,2% (México) y 18% en Chile (3-6).
Sobre el comportamiento en personal médico, se registran en Perú, un 8,7% con alto grado de agotamiento emocional, 10% despersonalización y el 78,7% bajo grado de realización personal, asimismo un 16,66% con cansancio emocional, 28,78% despersonalización y 25,75% con baja realización personal (7,8). En España, la prevalencia de Burnout fue alta en médicos y personal de enfermería, al mostrarse 56,8% con agotamiento emocional, 39,2% despersonalización y 36% con realización personal baja (9).

Así también, ha sido notificado síndrome de Burnout en residentes de Medicina

en Paraguay, con realización personal baja (66,7%) , agotamiento emocional de 45,8% y 50% de despersonalización ; otros residentes de España fueron afectados en un 29,4%.(10,11)

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout, es sin duda un evento significativo por su alta prevalencia, magnitud y severidad, afectando la salud física y mental de los trabajadores. Se reconoce como un problema para los profesionales sanitarios y puede afectar tanto a médicos como a enfermeras, principalmente. En el ambiente de trabajo, afecta los objetivos de la organización del trabajo como la satisfacción laboral y reduce la calidad de la atención y los servicios. La investigación de esta temática, debe ser monitoreada para generar nuevos conocimientos que ayuden a identificar e intervenir, la salud física y mental de los trabajadores de la salud.

6 Bibliografía

1- Molina NC, Mena JA, Osorio LP, Salazar LG, Fernández MA. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018: una revisión sistemática. Diálogos de saberes, 2019; (50):39-60.

2- Guerrero MÁ, Navarro JI. Estado actual de Burnout en profesionales de enfermería de España y Finlandia. Revisión de la literatura. Biblioteca Las casas. 2020: el 2544-2544.

3-Durán Rodriguez R, Gamez Toirac Y, Toirac Sánchez K, Toirac Fuentes J, Toirac Terrero, D. Síndrome de Burnout en enfermeria intensiva y su influencia en la seguridad del paciente. Medisan. 2021; 25(2): 278-291.

4- Vidotti V, Martins JT, Galdino JQ, Ribeiro RP, Robazzi ML. Síndrome de Burnout,estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. Enfermería Global, 2019; 18(55): 344-376.

5- Rendón Montoya MS, Peralta Peña SL, Hernández Villa EA, Hernández RI, Vargas MR, Favela Ocaño MA. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. Enfermería Global, 2020;19(59);479-506.

6- Gutiérrez PM, Ramos RS, Dalmolin DL. Síndrome de Burnout en profesion-

ales de enfermería de la ciudad de Punta Arenas, Chile, Texto & Contexto-Enfermagen, 2020;29.1-12.

7- Onofre YC, Mateo LP. Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales de Huánuco, Revista Peruana de Investigación en salud. 2019; 3(3): 127-132.

8- Contreras-Camarena C, Lira-Veliz H, Benito-Condor B. Autoestima y Síndrome de Burnout en médicos de unidades críticas. Estudio correlacional. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima-Perú. Horizonte Médico (Lima), 2021; 21(2); el 1507.

9- García-Molina C, Satorres-Perez M Crespo-Mateos AP, Quesada Rico JA, García-Soriano L, Carrascosa-Gonzalvo S. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria en centros de salud acreditados para Formación Sanitaria Especializada de dos áreas de salud de Alicante. Revista Clínica de Medicina de Familia, 2022; 15(1): 35-39.

10- Romero DT, Romero AA. Síndrome de Burnout en médicos residentes de un hospital público de la ciudad de Aregua en el año 2020. Medicina clínica y social. 2020; 4(3): 98-103.

11- Ramirez Pérez MA, Garicano Quiñónez LF, González De Abreu JM, González De Buiatrago EJ, Sánchez Úriz MA, Campo Balsa TD. Síndrome de burnout en médicos residentes de los hospitales del área sureste de la Comunidad de Madrid. Revista de la Asociación Española de Especialistas en medicina del Trabajo. 2019; 28(1): 57-65

Capítulo 54

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

YOLANDA CORPAS GARCIA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud mental, como un estado de bienestar, en el que una persona pone en práctica sus habilidades, hace frente a las tensiones normales de la vida, trabaja productivamente y coopera con su comunidad. La ansiedad y depresión están incluidas en la Clasificación Internacional De Enfermedades Mentales (DMS-5), demostrándose su alta frecuencia, afectando las relaciones afectivas ideales y laborales. Algunas manifestaciones de la ansiedad son, problemas de comportamiento, deterioros significativos en el funcionamiento personal, social, familiar; la tristeza, por su parte, se expresa como irritación, desanimo, entre otros.

El personal de enfermería, es un grupo de trabajo con un alto riesgo de contraer estos trastornos psicológicos, estando expuesto a diversas condiciones relacionadas con el trabajo y la complejidad de su contexto, influyendo negativamente en la calidad de vida y desempeño ocupacional. Son una fuerza de trabajo esencial en cualquier entorno de atención médica (hospitales, clínicas, centros de salud y otros), con múltiples roles y responsabilidades que se enfocan en la atención directa al paciente, monitoreo y observación, educación, asesoramiento, administración y gestión, entre otras funciones.

Se ha demostrado que la ansiedad y depresión en el personal de enfermería es un problema a nivel mundial. Es por ello, que se hace necesario tener un equilibrio psicológico en el ambiente de trabajo, que asegure el bienestar personal y del funcionamiento de las instituciones de salud, así como la calidad de atención

a los pacientes. Es sabido que el personal de enfermería, como el resto de las profesiones médicas, requiere condiciones físicas y psíquicas en armonía, para el desempeño de sus funciones.
Teniendo en cuenta lo anterior, es de suma importancia, el estudio y análisis del comportamiento de estas alteraciones psicológicas, permitiendo conocer cómo se desarrolla y cómo influye en la salud y el desempeño ocupacional del personal de enfermería. De esta manera, se podría trazar acciones o estrategias encaminadas al mejorar esta situación.

2 Objetivos

• Conocer el comportamiento de la ansiedad y depresión en el personal de enfermería
• Determinar las causas que generan ansiedad y depresión en el contexto laboral de enfermería

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el comportamiento de la ansiedad y la depresión en el personal de enfermería. En primer lugar, se revisó la literatura científica actualizada, publicada entre el 1 de enero de 2019 y el 1 de marzo de 2023, actividad realizada durante abril del 2023.
Se utilizaron los siguientes motores de búsqueda: ScieLo, Dialnet, y Google Scholar, teniendo en cuenta que en estas plataformas se publican artículos científicos relevantes para el área de estudio. Asimismo, se determinaron los descriptores (DeCS) que, ajustados a la temática, se cruzaron para realizar la búsqueda de información. Ellos fueron: "ansiedad", "depresión" y "personal de enfermería". Una vez establecidos las bases de datos y las palabras clave, se procedió a efectuar la búsqueda usando los operadores booleanos, para hallar los artículos que abordaban el tema investigado. Se eliminaron los artículos repetidos y se excluyeron aquellos artículos que manejaban la ansiedad y la depresión en el contexto de la COVID-19, al llevar implícito esta situación, un mayor desarrollo de estas reacciones emocionales. Una vez concluido el procedimiento anterior, se procedió a leer el título y resumen de cada artículo para verificar si cumplían con los siguientes criterios de búsqueda: artículos completos y en idioma español. Posteriormente se procedió a leer a texto completo los artículos seleccionados, analizándose y organizándose la información científica obtenida, para su mejor análisis y comprensión.

4 Resultados

Es válido destacar, que la mayoría de las publicaciones científicas disponible sobre la temática, en los últimos cinco años, están relacionadas con la ansiedad y depresión en el contexto de la covid-19; periodo activo durante dos años aproximadamente. Indudablemente, esta situación de crisis sanitaria, llevó implícito alteraciones psicológicas y fisiológicas en el personal sanitario, quienes enfrentaron la atención médica a los pacientes contagiados.

Se considera a la ansiedad, como una respuesta emocional paradigmática en el ámbito de las emociones, siendo un tema de gran importancia para la Psicología. Es una respuesta emocional compleja, adaptativa y multidimensional, valoración esta que se ha mantenido sin cambios, hasta la actualidad. Independientemente de las posiciones que se adopten para definirla, la ansiedad se maneja desde tres vertientes fundamentalmente: como reacción adaptativa, como parte de la personalidad o como un trastorno psicológico.

La depresión, por su parte, es un estado afectivo normal (tristeza) que se manifiesta como un síntoma o síndrome, y se caracteriza por cambios cognitivos, psicomotores y vegetativos. Esto resulta de una variedad de factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales, que alteran los patrones de transmisión neuronal y el sistema límbico.

La ansiedad y depresión, son provocadas por una variedad de factores laborales, que incluyen la sobrecarga asistencial, el agotamiento, el insomnio, las interacciones con los grupos de trabajo, conflictos, falta de apoyo y la exposición constante a la muerte y el sufrimiento. Provocan signos psicológicos como la inseguridad, miedos, fobias, sensación de despersonalización e irrealidad, conductas o hábitos nerviosos, falta de concentración, dificultades para memorizar, impaciencia e impulsividad.

Fernández Sánchez et al(1), informó que las causas que generaron ansiedad y depresión en el personal de enfermería, fueron estar frente a la muerte de un paciente, sobrecarga de trabajo, insuficientes conocimientos, miedo a cometer errores, problemas con el superior inmediato y los colegas. Afectando principalmente a las mujeres. De igual manera, se anunció por Orozco et al(2), que las causas de ansiedad y depresión provienen del cuidado y la constante exposición al sufrimiento, el dolor y la muerte, que afectan negativamente la calidad y salud física y mental, así como la calidad del cuidado que se brinda. Otros estudios, notificaron que los principales factores se relacionaron con las condiciones de trabajo y dificultades en las relaciones interpersonales.

Entre todos los ambientes de trabajo, donde los enfermeros y enfermeras brindan

cuidados, existen algunos más estresantes que otros. En las unidades de cuidados intensivos (UCI), confluyen una gran cantidad de factores estresantes para este personal. El tipo de atención que se brinda, es de una gran responsabilidad y exigencias, debido a tener al paciente en condiciones de salud que pueden provocar la muerte. Por tanto, la atención de enfermería es permanente, con excesivo trabajo físico y mental, que sumado a los problemas personales, puede causar alteración en la psicofisiología del trabajador, al exigir una constante adaptación con el entorno de trabajo.

Vivir experiencias de la muerte de los pacientes, parece ser el factor más relacionado con estas reacciones emocionales. El tiempo vivido durante el proceso de gravedad y muerte, junto a los familiares, crea o provoca ansiedad y depresión. En relación a la frecuencia con que se presentan, se pudo observar valores considerables. Arimon et al (3), informó una prevalencia de ansiedad de 12%, la cual provocó deseos de abandonar la profesión o labor. Otros como Mesa(4) notificó cuadros de depresión en el 45,4% de los investigados, afectando igualmente más, a las mujeres.

5 Discusión-Conclusión

Indiscutiblemente, la labor de enfermería, está colmada de situaciones estresantes y emocionalmente exigentes, debido a las exigencias de trabajar en condiciones sensibles y difíciles. Esto demuestra, que no son indiferentes al desarrollo de algún trastorno o afectación mental, por su ambiente laboral, con alta responsabilidad, convirtiéndolos en un grupo propenso a desarrollar ansiedad y depresión.

La evaluación de las condiciones de trabajo, es un factor determinante para la salud mental de los enfermeros y enfermeras en el contexto hospitalario. Los inadecuados ambientes laborales, ponen en riesgo la salud física y mental del personal que labora, los agentes estresores, están más estrechamente relacionados con los factores intrínsecos del trabajo.

En el rol que realizan, es imprescindible una alta demanda de estabilidad psicológica, teniendo el riesgo de ocurrencia de errores de medicación, accidentes, u otras situaciones iatrogénicas, interfiriendo también en el nivel de satisfacción de los usuarios del cuidado.

El contacto con un ambiente de dolor y sufrimiento, lucha constante entre la vida y la muerte, entre la salud y la enfermedad en relación al paciente, familiares y el trabajo en las UCI, principalmente en mujeres, parecen ser los factores más influyentes para provocar ansiedad y depresión.

Se necesitan más estudios sobre esta temática y su influencia en la salud mental

del personal de enfermería, ya que en la actualidad, abunda más la información científica relacionada con la crisis sanitaria de la covid-19, como principal contexto en donde se dan estos trastornos psicológicos. Sin embargo, en el trabajo diario, cotidiano, también aparece la ansiedad y depresión, con gran repercusión en la salud del trabajador, el funcionamiento de la institución y en la calidad del cuidado del paciente

6 Bibliografía

1- Fernández Sánchez A, Estrada Salvarrey M, Arizmendi Jaime E. Relación de estrés-ansiedad y depresión laboral en profesionales de enfermería. Rev Enferm Neurol. 2019; 18(1): 29-40.
2- Orozco-Vásquez MM, Zuluaga-Ramírez YC, Pulido-Bello G. Factores de riesgo psicosocial que afectan a los profesionales en enfermería. Revista Colombiana de Enfermería. 2019; 18(1):006.
3- Arimon- Pagés E, Fernández- Ortega P, Torres –Puig G, Canela- Soler J. Fatiga por compasión y ansiedad en enfermeras de cuidados críticos y emergencias. Entre eficiencia y humanidad. Enfermería intensiva.2023;34(1):4-11.
4- Mesa Castro Nuria. Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. Ene. 2019; 13(3): 13310

Capítulo 55

AUSENTISMO LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

YOLANDA CORPAS GARCIA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el ausentismo, como la ausencia debida directa o indirectamente a una causa evitable, así como la ausencia injustificada durante toda o parte de la jornada laboral y los permisos circunstanciales dentro del horario laboral. De igual forma, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) la define como la práctica de un trabajador de no asistir a su trabajo por uno o más días de los que debía asistir, excluyendo los períodos de licencia, huelga, período de embarazo y privación de libertad. Es un término utilizado para describir la ausencia o el ausentismo de los empleados, ya sea por ausentismo, tardanzas u otras razones.

Es un fenómeno inherente al trabajo de múltiples aristas y muy complejo, que se reconoce como un problema en todas las áreas de la vida laboral. Afecta a la sociedad en general, la economía de las instituciones, los empleados, sus familias y los usuarios. En el campo de la salud, surge de una combinación de factores personales, profesionales y organizacionales.

Los índices de ausentismo en enfermería, son mayores en comparación con otras profesiones sanitarias, debido a que constituyen la mayor parte del personal, asociado a las instituciones hospitalarias, desempeñándose todos los días del año, durante las 24 horas del día, distribuidas en jornadas o turnos para proporcionar continuidad.

El personal de enfermería, es una fuerza de trabajo imprescindible en cualquier entorno de atención médica (hospitales, clínicas, centros de salud y otros), al tener una serie de funciones y responsabilidades, enfocadas en el cuidado directo del paciente, monitoreo y observación, educación, asesoramiento, administración y gestión, entre otras. Por tal motivo, la ausencia laboral del personal de enfermería repercute negativamente, en el paciente al disminuir la calidad de la atención y servicios de salud. En los propios trabajadores provoca mayor carga de trabajo para el personal que está presente y asume la carga del ausente, lo cual puede generar agotamiento, estrés y fatiga laboral.

Las causas de ausentismo, constituyen un conjunto de categorías que actúan en espacio y tiempo, sobre los trabajadores. Se agrupan principalmente en categorías individuales, sociodemográficas, laborales y extra laborales, cada una de ellas agrupa un conjunto de factores o causas relacionadas.

De acuerdo a estos criterios, es de vital importancia conocer las causas de ausentismo en el personal de enfermería, por ser una fuerza de trabajo esencial. Además, esta situación ha crecido un 30 % en los últimos 25 años, aumentando los costes, interrumpiendo la productividad y ocasionando desgaste de los recursos humanos.

2 Objetivos

Identificar los tipos de ausentismo laboral en el personal de enfermería y describir los factores causales que incluyen cada tipo.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el ausentismo en el personal de enfermería. Se utilizaron los siguientes motores de búsqueda: PubMed, Science Direct, Dialnet, y Google Scholar y las palabras clave determinadas. Posteriormente, se procedió a efectuar la búsqueda de información, usando los operadores booleanos para combinar las palabras clave. La estrategia de búsqueda se realizó con la siguiente ecuación: “ausentismo” AND “enfermería” AND “causas”, y su contraparte en inglés y portugués. A partir de los resultados obtenidos de este proceso, se eliminaron los artículos repetidos. Una vez concluido el procedimiento anterior, se procedió a identificar los artículos actuales (últimos 5 años), artículos completos y que incluyeran en el título y resumen las palabras clave determinadas. Posteriormente se procedió a leer a texto completo los artículos seleccionados,

analizándose y organizándose la información científica obtenida, para su mejor análisis y comprensión.

4 Resultados

El ausentismo es un fenómeno inherente al trabajo, independientemente de la actividad a la que pertenezca. Es complejo e incluye una serie de factores individuales, organizacionales y externos que contribuyen a su aparición. Este es un problema global y puede definirse en la práctica como la pérdida temporal de horas o días de trabajo, por cualquier motivo. Se debe considerar que tiene una etiología multifactorial, ya que diferentes factores causales confluyen e interactúan, en lugar de reaccionar ante uno solo de ellos.

Diversas investigaciones informan, que el ausentismo laboral se debe a diversas causas. Chiavenato (1) menciona algunas de ellas, tales como la enfermedad, problemas personales y familiares, baja motivación laboral, supervisión transitoria de los jefes, y políticas inadecuadas de la organización, entre otras. Otros autores (2,3) las han clasificado como: causas directas e indirectas y previsibles y no previsibles, todas ellas divididas, principalmente, en dos grupos, aquellas relacionadas con el propio trabajador, y otras con la situación laboral. En un estudio de revisión realizado en América Latina, se concluyó que los factores de ausentismo laboral se clasifican, de manera general en, individuales, sociodemográficas y laborales, siendo esta clasificación la más completa para englobar al conjunto de factores relacionados. (4)

Dentro de las relacionadas con el individuo o trabajador, el factor salud es el más frecuente y relevante. Se ha podido apreciar, que las enfermedades han sido la primera causa de ausentismo laboral en las organizaciones. Por tanto, hay que reconocer que el principal tipo de ausencia está relacionado con la incapacidad relacionada con la salud, enfermedad o accidente. Investigadores como Arias et al (5) hallaron como causas de ausentismo, un 36,8% y 13,5% de enfermedades respiratorias y digestivas, respectivamente, en 163 trabajadores del área de la enfermería. Asimismo, Piacquadio (6) identificó que las enfermedades osteomioarticulares, depresión, hipertensión y diabetes, eran las más frecuentes.

Otras causas de origen personal son comentadas, entre ellas se destacan los problemas personales o familiares, edad, género, estado civil y el número de hijos. Se informa que los trabajadores más jóvenes y más mayores, tienden a tener tasas más altas de ausentismo, que los de mediana edad. Datos estadísticos consultados muestran, que el personal de enfermería con más de 35 años, es el más ausente; coincidiendo con los resultados obtenidos por Espino-Porras y Suárez. (7,8)

En cuanto al género, los estudios consultados coinciden, en establecer un mayor ausentismo en las mujeres, las cuales faltan más al trabajo que los hombres, debido a la responsabilidad que se le atribuye por razones culturales, en función del cuidado de hijos y la familia. El estado civil, es una característica sociodemográfica muy mencionada en las investigaciones relacionadas con ausentismo laboral, en las cuales se observa un comportamiento muy variable. La investigación de Velásquez et al(9), Espino-Porras et al (7) y Suárez (8) destacan a los trabajadores casados, sin embargo Oliveira y Spiri (10) y Hernández y Medina (11) resaltan a los solteros, como los más ausentes. Los estudios demuestran que no solo, los factores individuales generan ausentismo, los de índole laboral y extralaboral, también inciden de manera importante. De acuerdo a ello, se identifica la sobrecarga laboral y el inadecuado ambiente y organización del trabajo, como el más relacionado. En relación con este tema, se debe resaltar el impacto negativo que se genera ante esta situación. La calidad del servicio brindado al paciente, se ve afectada, por la alta probabilidad de cometer errores, como consecuencia de la carga adicional de trabajo. Las causas relacionadas directamente con el ambiente laboral y la organización, son, en su mayoría, modificables; cuando el clima organizacional es agradable para el trabajador, el índice de ausentismo disminuye.

5 Discusión-Conclusión

El ausentismo es un fenómeno complejo, en el que intervienen múltiples factores individuales, organizativos y extralaboral, que determinan su aparición. Problemas con la salud del trabajador, la sobrecarga laboral y el inadecuado ambiente de trabajo, constituyen las causas laborales más incidentes. Tiene una connotación especial, al afectar la calidad de atención al paciente y del propio trabajador, por lo que investigar las causas, para su posterior mejora, debería ser tarea de primer orden.

Además de determinar la causa del ausentismo es importante también, su análisis a profundidad. Por tanto, se podría obtener información sobre los principales factores, que provocan la ausencia del personal de enfermería y trazar estrategias de intervención, para corregir o controlar, aquellas que por su naturaleza puedan ser modificables.

6 Bibliografía

1- Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 7ma ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2007.

2-Bennedsen M, Tsoutsoura M, Wolfenzon D. Drivers of effort: Evidence from employee absenteeism. Journal of Financial Economics. 2019; 133(3): 658-84.
3-Tomás EA, Grau JB, Rodríguez M, de Diego Vallejo R. El absentismo laboral como consecuente de variables organizacionales. Psicothema. 2005; 17(2):212-8.
4-Tatamuez-Tarapues RA, Domínguez AM, Matabanchoy-Tulcán SM. Revisión sistemática: Factores asociados al ausentismo laboral en países de América Latina. Universidad y salud. 2019; 21(1): 100-12.
5- Arias Valenzuela GM, Jara Shueveren AC, Ramos P. Ausentismo laboral en el personal de enfermería del Hospital Distrital de Limpio, Paraguay (2018). Rev. salud publica Parag. 2022;12(1): 13-9.
6- Piacquadio NS. Ausentismo laboral y motivación en enfermería en el contexto latinoamericano: una revisión panorámica. Salud, Ciencia y Tecnología. 2021; 1: 25.
7-Espino-Porras CL, de Luna-López MC, Flores-Padilla L, Ramírez-Echavarría EJ, Brito-Cerino MI, Gómez-Jurado LJ. Factores de riesgo psicosocial y su asociación con el ausentismo laboral. Enfermería universitaria 2020; 17(3): 317-27.
8-Suárez–Egoávil C. Enfermedad profesional y ausentismo laboral en los trabajadores de un Hospital de Lima - Perú. Rev. Fac. Med. Hum. 2021; 21(2):364-71.
9- Velásquez Perales RA, Loli Ponce RA, Sandoval Vegas MH. Factores asociados al ausentismo laboral de enfermeras. Revista Cubana de Enfermería. 2019; 35(4):1-13.
10- De Oliveira PB, Spiri WC. Absenteeism of nurses and nursing technicians in the urgency and emergency unit. Revista Gaucha de enfermagem. 2022; 43:1-11.
11-Hernández-Cantú EI, Medina-Campos XL. Satisfacción laboral y ausentismo en el personal de enfermería de un hospital público de Monterrey. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2020; 28(1): 37-48.

Capítulo 56

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DOLOR POSTOPERATORIO

YOLANDA CORPAS GARCIA

1 Introducción

La Sociedad Internacional del Dolor (IASP) define el dolor, como una experiencia sensorial y emocional desagradable originada por un daño tisular, que sólo puede evaluarse con la aprobación del paciente y utilizando instrumentos adecuados y validados. Además del componente sensorial, el dolor también tiene un componente emocional (ansiedad, tensión, miedo) y en él influyen aspectos físicos, psicológicos y sociales que a menudo complican el tratamiento.
El dolor, es un fenómeno común a todas las personas y puede manifestarse de muchas maneras. Se clasifica según su mecanismo fisiopatológico, localización, duración, curso e intensidad, y su evaluación y medición son parámetros importantes en el manejo y tratamiento.
La actividad quirúrgica, es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como cualquier procedimiento realizado en un quirófano en el que se cortan, resecan, manipulan o sintetizan tejidos, y que requiere anestesia general o local o sedación profunda, para el control del dolor. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), por sus siglas en inglés, recomienda evaluar este síntoma, como un quinto signo vital, junto con la temperatura, el pulso, la presión arterial y la frecuencia respiratoria.
Según Becerra (1), más del 80% de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica experimentan dolor postoperatorio agudo, y aproximadamente el 75% refieren dolor de moderado a intenso. Prevenir y suprimir el dolor es un

derecho esencial de los pacientes. En España, la prevalencia del dolor agudo postoperatorio sigue siendo elevada, a pesar de conocerse el problema e intentos por aplicar soluciones. (2)

Una atención eficaz en el postoperatorio inmediato, implica conocimientos y habilidades específicas, para evaluar y manejar el dolor en aquellas personas sometidas a operaciones de diversa complejidad. Cuando el dolor se trata correctamente, favorece el bienestar físico y emocional del paciente y permite una recuperación más rápida y estancias hospitalarias más cortas, evitando así complicaciones postoperatorias que tienen un gran impacto en la salud, aumentando la morbimortalidad y los costes sanitarios.

El personal de enfermería, es el que pasa más tiempo con los pacientes y su entorno, por lo que es el primero en contribuir de forma significativa a la recuperación del paciente, utilizando protocolos para reducir el dolor y lograr el confort del paciente postoperatorio; además, es el responsable de proporcionar una atención individualizada basada en las necesidades y la experiencia del individuo.

El dolor postoperatorio es un problema persistente y específico de la cirugía, por lo que es necesario ampliar este tema, prestando atención al manejo del paciente desde que entra en el quirófano hasta su total recuperación. El personal de enfermería, debe estar capacitado y poseer aptitudes para el manejo del paciente postoperatorio.

Es un profesional implicado en todo el proceso de tratamiento del dolor, que ayudará a garantizar el alivio tomando medidas generales, y participando en el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Es por ello, que las enfermeras y enfermeros deben poseer sólidos conocimientos sobre el dolor, farmacología y terapias alternativas, que posibilitarán una mejor calidad y atención al paciente.

2 Objetivos

• Describir características generales del dolor postoperatorio
• Determinar los cuidados de enfermería para la atención al paciente con dolor postoperatorio

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica, sobre las acciones generales que realiza el personal de enfermería, en el paciente con dolor postoperatorio. Para ello, se revisó la literatura científica actualizada (2019- 2023), actividad realizada durante mayo del 2023.

Se utilizaron los siguientes motores de búsqueda: ScieLo, Dialnet, y Google Scholar, considerándose que en estas plataformas, se publican artículos científicos importantes para el campo de estudio. También, se determinaron los descriptores (DeCS) que, ajustados a la temática, se cruzaron para realizar la búsqueda de información. Ellos fueron: "cuidados de enfermería" y "dolor postoperatorio". Una vez establecidos las bases de datos y las palabras clave, se procedió a efectuar la búsqueda usando los operadores booleanos, para hallar los artículos que abordaban el tema investigado. Una vez concluido el procedimiento anterior, se procedió a leer el título y resumen de cada artículo para verificar si cumplían con los siguientes criterios de búsqueda: artículos completos y en idioma español. Posteriormente, se procedió a leer a texto completo los artículos seleccionados, analizándose y organizándose la información científica obtenida, para su mejor análisis y comprensión.

4 Resultados

La Sociedad Americana de Anestesiólogos, define el dolor postoperatorio como el dolor que experimentan los pacientes como consecuencia de una intervención quirúrgica, de complicaciones o de ambas cosas. Es agudo, limitado en el tiempo, predecible y prevenible. Su mal control, afecta negativamente la calidad de vida y recuperación funcional, al tiempo que aumenta la morbimortalidad, los costes, el riesgo de complicaciones postoperatorias y el desarrollo de dolor crónico persistente.

Los procedimientos quirúrgicos producen dos tipos de dolor, el dolor intraoperatorio, que se considera extremadamente agresivo debido a la manipulación de los tejidos, y el dolor postoperatorio, posterior a la cirugía. Por un lado, el dolor postoperatorio es un síntoma relacionado con el trauma físico, también incluye muchos factores psicológicos, sociales, culturales y cognitivos; además, depende del nivel de umbral de dolor del individuo, ya que el dolor se considera una experiencia individual y, por lo tanto, requiere una planificación individualizada.

El dolor, puede clasificarse principalmente según duración, localización, curso e intensidad. Según la duración, puede ser agudo y crónico y en cuanto al curso, puede ser persistente, es decir, durar todo el día sin alivio o resolución, o irruptivo, aumento repentino y transitorio. Dependiendo de la intensidad, puede ser leve, moderado o severo.

Representa una experiencia subjetiva y debe cuantificarse, mediante escalas de valoración, para intervenir con mayor precisión. La escala de valoración más utilizada es la escala analógica visual (EAV), con parámetros de 0 a 10, siendo 5

los dos valores extremos, donde 0 representa la ausencia, un máximo de 3 para la intensidad más baja y de 5 a 10 para la intensidad más alta.

El tratamiento del dolor, está determinado por el tipo de dolor y su causa. Existen dos variantes de tratamiento, el farmacológico con analgésicos y opiáceos, y los tratamientos no farmacológicos como la termoterapia, fisioterapia, estimulación eléctrica y acupuntura, entre otros. Una combinación de ambas medidas, puede proporcionar un tratamiento eficaz.

La elección de los analgésicos, debe ajustarse a las necesidades de cada paciente, a partir del tipo e intensidad de dolor, factores de riesgo (edad, enfermedad) y estado general de salud, entre otros. La elección del medicamento, se realiza de acuerdo a la escalera analgésica desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005, en la que el tratamiento se clasifica según el grado de dolor: AINE (analgésicos no narcóticos) como ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, entre otros, son los de primera línea y el grupo de mayor consumo (dolor leve), opioides de baja potencia como el tramadol y codeína para el dolor moderado y opioides muy potentes (morfina, oxicodona, fentanilo, metadona, buprenorfina) + AINES, para el dolor severo.

Cabe señalar, que el alivio del dolor depende no solo del uso de analgésicos, sino también de otras intervenciones de enfermería, como: adoptar un plan de tratamiento basado en el tipo y desarrollo del dolor, informar al paciente sobre los analgésicos utilizados, evaluación de la intensidad del dolor antes y después de la medicación, notificación de efectos secundarios y registro de toda la información en historias clínicas (analgésicos utilizados, dosis, método de administración e intervalos de administración.

Las terapias no farmacológicas, por su parte, se incluyen en el campo de las terapias de salud integradoras y complementarias. Son estrategias no químicas, teóricamente respaldadas para aliviar el dolor de los pacientes. Se utilizan junto con la medicina convencional e incluyen: acupuntura, masoterapia homeopática, musicoterapia, termoterapia, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) y otras.

Al utilizar esta estrategia, deben tenerse en cuenta algunos aspectos como no utilizar como sustituto de los medicamentos, la elección de la técnica complementaria a utilizar debe hacerse teniendo en cuenta los objetivos a cumplir, el deseo del paciente y las posibles contraindicaciones.

El personal de enfermería interviene en la atención al paciente en las fases pre, intra y postoperatoria. Durante el postoperatorio son responsables de la valoración global del nivel de dolor del paciente, para intervenir a tiempo y elegir un plan de tratamiento. Este enfoque debe ser eficaz, teniendo en cuenta el tipo de

operación, la anestesia, la condición orgánica del paciente, entre otros aspectos. Participan, en todo el proceso de tratamiento del dolor a través de la evaluación, la administración de medicación, educación del paciente y el uso de estrategias no farmacológicas.

El tratamiento del dolor, es un elemento clave de los cuidados postoperatorios que se prestan a los pacientes en las unidades quirúrgicas y requiere un enfoque multidisciplinar. Una valoración adecuada, ayudará a determinar el tipo y la intensidad del mismo, lo cual permitirá elegir el tratamiento más eficaz para el paciente. Las enfermeras o enfermeros, son los responsables de evaluar estos parámetros del dolor, y documentarlos en la historia clínica.

El personal de enfermería, se basa en determinados principios para evaluar de manera satisfactoria el dolor. Debe considerar aspectos físicos, psicológicos y sociales del paciente, evaluar parámetros del dolor como la localización, la frecuencia e intensidad, dando seguimiento al alivio del dolor. En la sala de recuperación postanestésica, se analizan estos aspectos cada 15 minutos y después cada 1 ó 2 horas, a medida que disminuye la intensidad del dolor. Al ser trasladado al servicio de hospitalización, se da seguimiento cada 4 u 8 horas. Si el dolor se agudiza de forma inesperada, debe reevaluarse, mucho más, si se asocia estos cambios en las constantes vitales.

Debe informar al médico responsable, la evolución del dolor y la eficacia de la medicación, además, debe notificar si la intensidad del dolor aumenta, o no cede con las estrategias utilizadas, aquí en este paso, la enfermera valorará un cambio en el plan de cuidados y la terapia farmacológica.

Por lo tanto, el éxito de la calidad asistencial dependerá de una intervención oportuna y precisa, ya que cada paciente percibe el dolor de forma diferente. La evaluación inicial proporciona la información necesaria, para elaborar un plan de tratamiento del dolor que facilite la selección de los métodos de tratamiento y evalúe su eficacia.

Algunos estudios actuales de investigación, han mostrado la importancia del manejo del dolor por el personal de enfermería. Calderón et al. (3), concluyó que la intervención de enfermería en el postoperatorio, es fundamental en la respuesta recuperativa del paciente, mejorándose los síntomas y efectos negativos; Rodríguez et al, (4) por su parte, mostró un adecuado manejo del dolor por el personal de enfermería, haciendo uso de las terapias complementarias.

Otros como Abella et al, planteó que el manejo del dolor agudo postoperatorio, es un problema en Latinoamérica, resaltando que el mal manejo del dolor postoperatorio, pueda traer como consecuencia el dolor postoperatorio crónico. (5)

5 Discusión-Conclusión

En los centros quirúrgicos, el dolor postoperatorio es un fenómeno clínico muy frecuente, siendo el personal de enfermería, el encargado del diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del tratamiento del dolor mediante la evaluación, la administración de medicación, la educación del paciente y la aplicación de estrategias no farmacológicas. El manejo adecuado del dolor, es un indicador de buena práctica clínica y calidad de atención; esencial en el manejo postoperatorio.

El cuidado de enfermería es esencial e integral para los pacientes postoperatorios, ya que requieren de un personal capacitado para cuidarlos. Una enfermera o enfermero, hace más que administrar medicamentos; se convierte en el intérprete de la experiencia dolorosa del paciente, al ser el responsable de evaluar el dolor de todo paciente bajo su cuidado.

6 Bibliografía

1- Becerra A. Valoración del registro del dolor en el paciente crítico: estado actual y estrategias para su implementación. Paraninfo Digital. 2019; 13(29): 1-3.

2- Aguilar JL. Situación actual del dolor agudo postoperatorio en el Sistema Nacional de Salud. Las tecnologías de la información y comunicación ayudan a conseguir un hospital (y atención primaria) sin dolor. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2019; 26(3):139-143.

3- Calderón A, Bravo MA, Rivera R. Efectos de una intervención de enfermería en el control del dolor posoperatorio del paciente adulto. Rev Cubana Enfermer . 2022; 38(1): e4065.

4- Rodríguez-Díaz JL, Galván-López GP, Pacheco-Lombeida MX, Parcon-Bitanga M. Evaluación del dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias por enfermería. AMC. 2019; 23(1): 53-63.

5- Abella P, Arias F, Barsella R, Hernández B C, Narazaki K, Salomóna PA, et al . Control inadecuado del dolor agudo postoperatorio: prevalencia, prevención y consecuencias. Revisión de la situación en Latinoamérica. Rev. mex. anestesiol. 2021; 44(3): 190-99.

Capítulo 57

CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

YOLANDA CORPAS GARCIA

1 Introducción

El envejecimiento poblacional, es uno de los problemas que enfrenta hoy la humanidad, debido al incremento de la esperanza de vida. Es un proceso fisiológico que resulta de la acumulación de daños moleculares y celulares al organismo a través del tiempo. Está condicionado por los avances científicos- técnicos, mejores condiciones higiénicas-sanitarias, control de enfermedades infecciosas, entre otros factores.

Las enfermedades neurodegenerativas, son trastornos neurológicos crónicos, incurables y debilitantes, relacionados con el envejecimiento, que cursan con una amplia diversidad de afecciones. En cuanto a su epidemiología, se reconoce a la enfermedad de Alzheimer como la más frecuente, seguida de la enfermedad de Parkinson y el Trastorno Neurocognitivo Mayor.

Se espera que estas enfermedades afecten, cada vez más A personas, especialmente en países como España debido al envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida. En 2050, casi uno de cada tres españoles tendrá más de 65 años. (1)

El tratamiento de los pacientes neurodegenerativos, se centra principalmente, en el tratamiento holístico, requiriendo de un equipo multidisciplinar de expertos:

médicos, psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares, enfermeros, fisioterapeutas y enfermeros que realicen el seguimiento de la enfermedad, labores preventivas y medidas paliativas para los pacientes, apoyo y comprensión para sus familias.
El papel del personal de enfermería en el tratamiento del paciente con esta patología debe incluir, tanto la asistencia hospitalaria como la atención primaria. Ambos tienen el mismo objetivo, mejorar la calidad y esperanza de vida del paciente, aunque el enfoque es diferente para cada uno.
El plan de cuidados implementado por el personal de enfermería, debe desarrollarse según un modelo de intervención integral, que aborde los aspectos cognitivos, emocionales, sociales y funcionales de la persona afectada. Además, es necesario identificar los diagnósticos de enfermería existentes porque indican qué intervenciones son necesarias para cada paciente y situación clínica.
Por lo tanto, el personal de enfermería debe reunir los conocimientos necesarios para proporcionar cuidados integrales y servicios de calidad a los pacientes y sus familias.

2 Objetivos

Describir la enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson y el Trastorno neurocognitivo mayor, como principales enfermedades neurodegenerativas.
Identificar las acciones generales que realiza el personal de enfermería ante estos pacientes.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre las acciones generales que realiza el personal de enfermería en el paciente con enfermedad neurodegenerativa. Para ello, se revisó la literatura científica actualizada (2019- 2023), actividad realizada durante mayo del 2023.
Se utilizaron los siguientes motores de búsqueda: ScieLo, Dialnet, y Google Scholar, teniendo en cuenta que en estas plataformas se publican artículos científicos importantes, para el campo de estudio. También, s. Asimismo, se determinaron los descriptores (DeCS) que, ajustados a la temática, se cruzaron para realizar la búsqueda de información. Ellos fueron: “enfermedad neurodegenerativa”, “Enfermedad de Alzheimer”, “Enfermedad de Parkinson”, Trastorno neruocognitivo mayor” y “cuidados de enfermería”. Una vez establecidos las bases de datos y las palabras clave, se procedió a efectuar la búsqueda usando

los operadores booleanos, para hallar los artículos que abordaban el tema investigado. Una vez concluido el procedimiento anterior, se procedió a leer el título y resumen de cada artículo para verificar si cumplían con los siguientes criterios de búsqueda: artículos completos y en idioma español. Posteriormente se procedió a leer a texto completo los artículos seleccionados, analizándose y organizándose la información científica obtenida, para su mejor análisis y comprensión.

4 Resultados

La enfermedad de Alzheimer, constituye en la actualidad, un problema de gran magnitud a nivel mundial. Es una afección cerebral degenerativa y progresiva que causa cambios significativos en la estructura y la función normal del cerebro. Desde un punto de vista fisiopatológico, los mecanismos causales son inciertos. Sin embargo, muchos estudios han sugerido y respaldado que el péptido beta amiloide se acumula de manera anormal , lo que provoca la formación de placas amiloideas, fosforilación y agregación de proteína tau, lo que lleva a un proceso inflamatorio que, finalmente conduce a la pérdida de sinapsis y muerte neuronal. La incidencia de la enfermedad de Alzheimer aumenta significativamente con la edad, la mayoría de los pacientes afectados tienen más de 85 años, apareciendo los primeros síntomas alrededor de los 70 años.

Es la enfermedad neurodegenerativa más común a partir de los 60 años, con mayor riesgo para las mujeres, pronosticándose para el 2025, una afectación por esta causa en aproximadamente 40 millones de personas. (2)

Clínicamente se caracteriza por una un pérdida progresiva de memoria, dificultad para el aprendizaje, pérdida de la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, confusión y cambios en la conducta y la personalidad. Aunque el síntoma predominante en el 95% de los casos es el trastorno de memoria, también afecta la funcionalidad.

En el segundo orden de ocurrencia se encuentra la enfermedad de Parkinson, de etiología desconocida, que afecta crónica y progresivamente al sistema nervioso central. Se produce por la destrucción de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra y la acumulación de cuerpos de Lewy. La destrucción de estas neuronas conduce a una disminución de los niveles de dopamina y sus receptores, lo que altera el equilibrio dopamina–acetilcolina y conduce a una alteración del control motor, desencadenando una serie de síntomas específicos de la enfermedad clasificados como síntomas motores y no motores. Algunos de ellos son temblores, rigidez, movimientos lentos y cambios en la postura y los reflejos de la marcha en reposo; predomina en hombres, entre los 65 y 70 años. (3)

Clínicamente se presenta como un patrón de enlentecimiento (bradicinesia) y rigidez, que suele ser predominantemente unilateral, asociado en gran proporción a temblores en reposo. Estos síntomas ocurren en casi el 97 % de los casos y tienen un impacto en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, el proceso degenerativo también afecta a otras estructuras neurales, provocando otras manifestaciones clínicas, denominadas no motoras, como los trastornos del olfato, del sueño, estados de ánimos, cognitivos, digestivos o genitourinarios. Debe destacarse que existen varias condiciones que se asocian con un enlentecimiento y rigidez, y es lo llamado síndrome parkinsoniano o parkinsonismo.
El término demencia senil (DS), ha sido sustituido por Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNCM), en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales (DSM-5), en su quinta versión (4). El trastorno se caracteriza por un problema de salud mental, con acelerado crecimiento. Los síntomas de esta enfermedad se asocian a la tercera edad, el 50% de las personas mayores de 85 años presentan trastornos neurocognitivo, aunque su presencia suele ser notoria a partir de los 65 años; por lo que tiene mayor probabilidad de afectar, al adulto mayor a medida que envejece. (5)
Entre las dificultades cognitivas se incluyen, la pérdida de memoria, orientación, comprensión; la dificultad en el lenguaje, en el cálculo; y la disminución para aprender y juzgar. El deterioro de funciones puede estar acompañado o precedido por cambios psicológicos, conductuales y de personalidad.
En la actualidad, no existe tratamiento curativo para estas enfermedades, las posibles terapias tienen tres objetivos: retrasar la progresión de la enfermedad, la aparición de complicaciones y abordar los problemas de salud que puedan surgir. También es importante minimizar los problemas neurológicos y de comportamiento.

En general, el papel de la enfermería incluye, los cuidados básicos para mantener una calidad de vida adecuada, la prevención de posibles complicaciones mediante conductas terapéuticas que retrasen el desarrollo, mantener la seguridad del paciente, administrar la medicación correcta, conocer los signos de alarma para derivar al paciente a un centro sanitario de forma adecuada y asesorar a familias y cuidadores informales sobre los cuidados que deben prestar.(6,7,8)
En la atención primaria, específicamente, el objetivo de la vigilancia continua es prevenir diversas enfermedades que pueden aparecer en el hogar. Además, se han desarrollado protocolos y planes de evaluación para el equipo de atención primaria que permiten la detección y el diagnóstico precoz, así como el asesoramiento a los cuidadores que tienen la mayor responsabilidad de su cuidado.
La mayoría de las veces, las enfermeras se acercan a los pacientes y a las famil-

ias con empatía y apoyo, acceso a los recursos sociales y sanitarios disponibles. Trabajando de forma independiente o en colaboración con equipos interdisciplinarios, desempeñan un papel importante en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento precoces.

En un entorno hospitalario, los cuidados deben integrarse con el tratamiento de la enfermedad por la que el paciente fue ingresado. Las enfermeras tienen la obligación de responder adecuadamente a las preocupaciones de los usuarios y aumentar así la satisfacción de todas las partes implicadas (paciente, familia, institución profesional). (6)

Después del diagnóstico, se debe desarrollar un plan de cuidados no solo para el paciente, sino también para la familia. Para desarrollar un plan de atención, primero se debe realizar una evaluación integral, para identificar los problemas de salud y anticipar su solución. Se evaluará el estado cognitivo del paciente, los trastornos del lenguaje y la comunicación, el estado emocional, la comunicación relacional, las actividades y la actividad física, así como la alimentación, la micción, las relaciones sexuales y el sueño.

Debe haber un desarrollo cuidadoso y continúo de las capacidades del paciente, no solo las que se han perdido y se pretende restaurar, sino también las que aún se conservan y se espera conservar o mejorar, mediante acciones basadas en pautas de intervención, es decir, adecuadas para cualquier situación. Uno de los objetivos a cumplir, en estos pacientes es realizar tareas de autocuidado debido a la debilidad, la disminución del control motor y la pérdida de memoria. El objetivo es mantener los hábitos de autocuidado del paciente en la medida de las posibilidades. Cuando se identifican déficits, las enfermeras recomiendan intervenciones a los pacientes, cuidadores principales y familiares para promover la autonomía en actividades relacionadas con el baño, la higiene, la evacuación y el vestido. (8)

Por otro lado, para estos pacientes es difícil sobrellevar los trastornos del sueño, por lo que el personal de enfermería juega un papel importante, no solo en el tratamiento, sino también en la educación de las familias sobre cómo manejar y controlar los problemas relacionados con el sueño. En el caso del insomnio, como complemento del tratamiento farmacológico, se indican medidas higiénicas para fomentar los hábitos de sueño, incluida la restricción del sueño y mantener al paciente despierto durante el día. Los medicamentos para el insomnio deben utilizarse con precaución, ya que pueden empeorar el deterioro cognitivo.

Otras medidas generales incluyen, aplicar técnicas de estimulación psicomotriz al paciente para prevenir el llamado ”síndrome de desuso” o inmovilidad. También es importante promover el uso de diversas medidas tecnológicas, como col-

chones de presión variable, sillas de ruedas, sistemas de incontinencia o ayudas para caminar. En la última fase terminal de la enfermedad, el sujeto depende completamente de los demás para sobrevivir. El paciente está completamente inmóvil y acostado, por lo que las actividades de enfermería se dedicarán a proporcionar cuidados paliativos, con el objetivo de reducir cualquier signo de malestar, como dolor, dificultad para respirar, apoyo a la familia, entre otros. (7,8)

En este sentido, la obligación de garantizar la calidad de vida del paciente significa cuidar de su dignidad, que se manifiesta considerándolo siempre como un ser humano, sujeto y protagonista de su vida, y reconociendo así su derecho a recibir ayuda, en el plano físico, mental y espiritual. Así, el reconocimiento de la dignidad se hace concreto y auténtico a través de métodos precisos de cuidados que añaden una dimensión ética a toda práctica terapéutica.

Hoy en día, la enfermería es esencial para atender a los pacientes con enfermedades neurodegenerativas. Desempeña un papel innegable en el reconocimiento de los primeros signos, en el diagnóstico precoz, en la promoción de la independencia, en la promoción de la movilidad del paciente y en la buena relación paciente-cuidador y/o familiar sanitario, con el objetivo primordial de mejorar la calidad de vida de los afectados.

5 Discusión-Conclusión

La variedad de enfermedades neurodegenerativas y de síntomas clínicos que la caracterizan, hacen que el tratamiento adecuado de estos pacientes requiera diferentes especialistas necesarios para proporcionar una atención integral a los pacientes y sus familias. El plan de cuidados debe ser individualizado, dinámico e interactivo.

El objetivo principal del personal de enfermería es, a través de su accionar, mejorar la calidad de vida, disminuir el dolor y el sufrimiento causados por esta enfermedad para el bienestar del paciente y su familia. Los cuidados se proporcionan tanto en la atención primaria como en la especializada. En la atención primaria, los cuidados se prestan en un centro de salud o en el domicilio del paciente, dependiendo del estadio de la enfermedad; en la atención especializada, el personal de enfermería se encarga de aplicar diversos planes de cuidados para garantizar la máxima compensación del paciente. La intervención de enfermería más valiosa es la estrategia de educación sanitaria, para ayudar a gestionar mejor esta situación.

Hoy en día, son esenciales los cuidados de enfermería para pacientes con enfermedades neurodegenerativas, el apoyo al paciente, diagnóstico precoz, fomento

de la independencia, promoción de la movilidad del paciente y garantía de buenas relaciones entre el paciente, el cuidador y la familia, son tareas de primer orden.

6 Bibliografía

1. Garcés M. Estudio sobre enfermedades neurodegenerativas en España y su impacto económico y social. Informe documental y Neuroalianza. [Internet] 2016 [consultado febrero, 2023]. Disponible en: https://eprints.ucm.es/43893/1/Informe%20NeuroAlianza%20Completo%20v.51.pdf
2. Sarmiento LA, Bajaña MD. Enfermedad de Alzheimer: Etiología y principales factores de riesgo. E-IDEA 4.0 Revista Multidisciplinar.2023; 5(14): 44-53.
3. Alemán Pullas SL, Montero Balarezo CX, Díaz Recalde EX, Jarro Sánchez CM. Enfermedad de Parkinson. Diagnóstico y tratamiento. Recimundo.2022; 6(2):250-66.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition. DSM-5®. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Calzado Benítez A, Alcorta Rodríguez TM, Borges Rodríguez O. La demencia senil: un problema de salud en los tiempos actuales. Investigaciones médico quirúrgicas.2020; 12(1):2-12.
6. Hierro XM, Borque LB, Giménez AM, Torres IC, Sarria IS, Vallejo HA. Proceso de atención en enfermería en un paciente con enfermedad de Parkinson sometido a intervención quirúrgica por parte del servicio de neurocirugía. Caso clínico. Revista Sanitaria de Investigación. 2021; 2(11): 448.
7. Torres BC, Jarro AB, Floreano-Solano LM. Parkinson: desde el abordaje de los cuidados de enfermería en un adulto mayor. Polo del Conocimiento.2023; 8(1): 942-957.
8. Casorran EM, Pablo PM, Aznarez AI, Morillas NG, Hernández AU, Soro EI. Proceso de atención de enfermería en la enfermedad de Alzheimer. Revista Sanitaria de Investigación. 2022; 3(1): 140.

Capítulo 58

PLASMA RICO EN PLAQUETAS: APLICACIÓN CLÍNICA EN DIFERENTES ESPECIALIDADES MÉDICAS

YOLANDA CORPAS GARCIA

1 Introducción

El desarrollo de tecnologías que faciliten la regeneración de tejidos lesionados o enfermos es, hoy en día, una necesidad, debido a la alta incidencia y prevalencia de enfermedades. Con el empleo de estas tecnologías, muchos tejidos se benefician de la reparación o regeneración.

La medicina regenerativa, surgió como una nueva rama de la medicina, inspirada en gran medida, por los nuevos conocimientos sobre las células madre y su capacidad para convertirse en células de diversos tejidos. Un punto importante a destacar, es que el cuerpo utiliza los mismos factores intracelulares e intercelulares para regenerarse.

Se ha convertido en una nueva opción de tratamiento, por sus innegables beneficios y seguridad. El término "regeneración" se refiere a la capacidad del cuerpo humano para curarse a sí mismo. Por tanto, la medicina regenerativa, incluye todo aquel procedimiento que promueven aquellos procesos por los cuales, los órganos y tejidos pueden regenerarse y restaurar su integridad, después de un daño o enfermedad.

Los factores de crecimiento, son una de las piedras angulares de la medicina regenerativa y se encargan de estimular las células madre y promover así la re-

generación tisular. Las plaquetas, contienen un gran número de factores de crecimiento, son capaces de sintetizar nuevas proteínas y sus funciones bactericida y reguladora de la inflamación, estimulan la proliferación celular y la síntesis de matriz extracelular favoreciéndose la cicatrización y la regeneración.
El plasma enriquecido con plaquetas (PRP), es uno de los métodos más modernos de bioregeneración celular, que utiliza las propiedades de las plaquetas, especialmente en preparados autólogos (propios del individuo), en los que la concentración de plaquetas es superior al valor de base, no tóxicos y no alogénicos.
Este compuesto, es un hemoderivado con un elevado recuento de plaquetas, que puede obtenerse mediante varias centrifugaciones sucesivas o aféresis. Se presenta con un mínimo de 2,5-1000 x103 plaquetas/µL (de 2 a 7 veces el basal) suspendidas en el plasma; las concentraciones inferiores, no tienen efecto y las superiores, no potencian las respuestas biológicas o pueden favorecer la reparación de heridas.
A continuación, el concentrado de plaquetas se activa con trombina, cloruro cálcico, gluconato cálcico u otros, para que las plaquetas liberen su contenido, una mezcla, de péptidos y proteínas de señalización intercelular o factores de crecimiento, citoquinas y otras moléculas biológicamente activas. Una vez activado, el PRP puede inyectarse en forma líquida o, al cabo de 10 minutos, formar un hidrogel que puede aplicarse, directamente, sobre el tejido dañado o combinarse con células.
La terapia con PRP, ha sido protagónica en el campo de la medicina regenerativa, aplicándose a alteraciones locales y sistémicas, en distintas especialidades médicas. Conocer los referentes teóricos del PRP y su aplicación clínica, sería de gran importancia, para ser considerado como una alternativa de tratamiento efectivo, seguro y económico.

2 Objetivos

Caracterizar el plasma rico en plaquetas, como alternativa de tratamiento e identificar su aplicación clínica en las diferentes especialidades médicas.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica, sobre el plasma rico en plaquetas y su aplicación clínica en las diferentes especialidades médicas. Fue revisada la literatura científica actualizada, utilizándose los motores de búsqueda: ScieLo, Dialnet, y Google Scholar, y las palabras claves definidas a través del descriptor de ciencias

de la salud (DeCS). Ellas fueron: “plasma rico en plaquetas”, “enfermedades” y “aplicación clínica”.
Una vez establecidas las bases de datos y las palabras clave, se procedió a efectuar la búsqueda usando los operadores booleanos, para hallar los artículos que abordaban el tema investigado. Al concluir este proceso, se procedió a eliminar los artículos duplicados y leer el título y resumen de cada artículo seleccionado, para verificar si cumplían con los siguientes criterios de búsqueda: artículos completos y en idioma español. Posteriormente se procedió a leer a texto completo los artículos seleccionados, analizándose y organizándose la información científica obtenida, para su mejor análisis y comprensión.

4 Resultados

La investigación en medicina regenerativa involucra dos aspectos principales: las fuentes celulares (endógenas o exógenas), encargadas de mediar en el proceso de regeneración y los vehículos utilizados para reclutar, estimular o controlar las células de interés, como sustancias bioactivas y biomateriales.
Las plaquetas, son células sanguíneas con una extraordinaria complejidad estructural y funcional, intervienen no solo en la coagulación de la sangre, al promover la formación del coágulo primario, sino también, en la reparación tisular, al contener grandes cantidades de factores de crecimiento, cada uno con una actividad muy específica dirigida a favorecer la regeneración de los tejidos.
Los factores de crecimiento plaquetario, ejercen un efecto de quimiotaxis sobre los macrófagos, células madre, fibroblastos y osteoblastos. Además, estimulan la regeneración de la matriz extracelular, así como el crecimiento de yemas microvasculares de nueva formación. Son los principios activos del plasma rico en plaquetas, pequeños fragmentos proteicos biológicamente activos, que se producen y segregan como respuesta a un estímulo específico. La composición incluye, no sólo plaquetas, sino también plasma, leucocitos, proteínas secretadas y todos los componentes de la cascada de la coagulación.
Estas funciones, son, precisamente, las que han permitido decidir que el plasma rico en plaquetas (PRP) autólogo, sea elegido para la reparación y regeneración de los tejidos.
Hace mucho tiempo, se pensaba que las plaquetas sólo tenían actividad hemostática, pero en los últimos años la investigación científica y tecnológica, ha aportado nuevas perspectivas sobre las plaquetas y sus funciones. Las plaquetas activadas, se obtienen por centrifugación de la sangre del paciente.

La cantidad de sangre extraída, es directamente proporcional, a la cantidad de PRP necesaria, por lo que no existe riesgo de afectar al volumen sanguíneo individual. El PRP, es una fuente natural de moléculas de señalización y componentes liberados, que alteran el microentorno celular del que se desprenden. Su aplicación es uno de los métodos más modernos de bioregeneración celular y se basa en un plasma con un alto contenido de plaquetas, superior a los valores basales, donde según sea su concentración pueden ser de baja o alta concentración.

Por lo anteriormente descrito, se puede afirmar que la utilización de las plaquetas, específicamente el PRP, es una alternativa ideal por sus potenciales propiedades.

El uso de PRP, se ha convertido en una nueva estrategia de regeneración celular, en diversos campos de la medicina con resultados exitosos (1), con la gran ventaja de que no requiere hospitalización ni anestesia, y su tiempo de aplicación suele ser inferior a 30 minutos.

El plasma rico en plaquetas, es un tratamiento emergente en el área de la dermatología y la medicina estética (2,3), propuesto para el rejuvenecimiento de la piel y sus anejos. Es un proceso de bioestimulación, que activa factores de crecimiento que provocan importantes cambios clínicos, por efecto histopatológico de la piel de la zona facial, cuyo protagonista es el colágeno. La alopecia androgénica (AGA), es la forma más común de pérdida de cabello tanto en hombres como en mujeres. Varios estudios sugieren que la aplicación local de PRP, promueve la proliferación de las células de la papila dérmica y protege a estas células contra la apoptosis. Estos efectos, van acompañados de un aumento en el grosor del epitelio, fibras colágenas, fibroblastos, vasos sanguíneos en la periferia del folículo, lo que estimula el desarrollo de nuevos folículos.

Por otra parte, se considera una terapia eficaz complementaria, para evitar las amputaciones por diferentes tipos de úlceras. La angiogénesis terapéutica, es una estrategia destinada a promover el desarrollo de vasos sanguíneos en zonas isquémicas, que implica, la administración de factores de crecimiento angiogénicos, para estimular la formación de colaterales y mejorar la perfusión tisular. Algunos estudios así lo evidencian, como el de Orellano et al.(4), donde el uso de PRP, mejoró la regeneración tisular, acortó la duración de la herida y aceleró su cicatrización sin efectos adversos; por otra parte, Torre (5), planteó que la técnica es una opción terapéutica segura y eficaz, combinada con terapia convencional.

La ortopedia, es otra especialidad en la que el PRP, ha sido muy utilizado por sus buenos resultados. Estimula, promueve o potencia el proceso de cicatrización,

ya que participa en los procesos de regeneración y reparación tisular, a través de los cuales se generan fibroblastos y la proliferación de células madre mesenquimales adultas, tenocitos, condrocitos y matriz extracelular. Además, induce procesos de neovascularización y reclutamiento de células inflamatorias, lo que se traduce en un efecto terapéutico beneficioso, en lesiones musculoesqueléticas agudas y crónicas. Algunos ejemplos donde ha sido utilizado este preparado son: en el tratamiento de alteraciones musculoesqueléticas, específicamente, en reparaciones artroscópicas, artrosis y dolor discogénico lumbar, osteoartritis, tendinopatías, respectivamente. (6, 7, 8,9)

En odontología, la investigación y el uso del plasma rico en plaquetas, ha comenzado a conseguir no sólo la reparación de heridas quirúrgicas, sino también la regeneración del tejido perdido. En este sentido, el uso de PRP proporciona una nueva y útil herramienta terapéutica, para acelerar la cicatrización y la maduración ósea en cirugía maxilofacial y reconstructiva. En periodoncia, se ha descrito el uso de PRP, como complemento de la terapia regenerativa. Algunos autores, descubrieron que el fortalecimiento del ligamento periodontal mejoraba significativamente cuando el lugar de la lesión se trataba con PRP. También, se ha descrito el uso de PRP en implantología, para preparar el maxilar para la colocación de implantes; se describió que tenían mayores lesiones bucales en los alveolos donde se colocó PRP, en comparación con los pacientes que no recibieron el compuesto. La anchura ósea lingual/palatina, se asocia con una mayor densidad ósea y una cobertura tisular más rápida. (10,11)

En oftalmología, sin embargo, puede existir en dos formas, en primer lugar, en forma de colirio, la forma inactiva, para uso tópico, y en segundo lugar, en forma de coágulos de sangre, su forma activa, para procedimientos quirúrgicos. Una pequeña cantidad de plasma en el producto resultante, contiene una alta concentración de plaquetas. Esta propiedad permite la liberación de proteínas activas, que promueven procesos biológicos como la proliferación y diferenciación de tejidos.
El PRP ha surgido como una nueva alternativa de tratamiento para determinadas afecciones oftálmicas con limitaciones en su uso actual, como las úlceras corneales, el síndrome del ojo seco, el síndrome post-LASIK, la perforación ocular, la disfunción de la glándula lagrimal, el agujero macular y el trasplante del limbo. (12)

5 Discusión-Conclusión

Las preparaciones ricas en plaquetas, pueden desempeñar un papel importante en la aceleración de los procesos de reparación y regeneración tisular, así como en la aceleración de la respuesta celular a las lesiones. El potencial de estos preparados, se debe, en gran medida, a la presencia de factores de crecimiento y citoquinas derivados de las plaquetas, así como de proteínas de la coagulación, que favorecen la formación temprana de la matriz.
La composición celular, las propiedades biomecánicas finales y el entorno celular en el que se coloca el tratamiento, son de gran importancia para solucionar diferentes alteraciones en distintas especialidades médicas. Se considera una herramienta eficaz, que puede utilizarse realmente para una terapia específica, tanto como tratamiento complementario, permitiendo solucionar el padecimiento mejorándose la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

1- Castro SE, Arias KA. Actualización en plasma rico en plaquetas. Acta méd. Costarric. 2019; 61(4): 142-151.
2-Solenzal YT, Hernández GT, Hernández GA. Plasma rico en plaquetas en el envejecimiento facial. Rev Hum Med. 2020; 20(3):8-17.
3-Pérez Y, Quintero Larróvere M. Tratamiento seriado con plasma rico en plaquetas en rejuvenecimiento facial. Cambios histopatológicos y clínicos. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. 2020; 46(4): 421-40.
4- Orellano P, Torres M, Colombo LN, Saliwonczyk D, Berro M, et al. Experiencia con el uso de plasma rico en plaquetas autólogo en el tratamiento de las úlceras del pie diabético. Rev. Méd. Urug. 2021; 37(3): e201.
5- De la Torre Barbero, M. J., Estepa Luna, M. J., & Rubio Moreno, J. Uso del Plasma Rico en Plaquetas para el tratamiento de las úlceras de miembro inferior. Estudio piloto. Revista De Enfermería Vascular. 2020; 3(6): 15- 21.
6-Sánchez C, Ferré A, Álvarez P, Barastegui D, Cugat R, Alentorn E. Eficacia del plasma rico en plaquetas en la reparación del manguito rotador: revisión sistemática y metaanálisis. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.2023
7-Núñez PB, Pérez G, O'Farril DT, González MM. Eficacia de la aplicación intradiscal de plasma rico en plaquetas como tratamiento del dolor discogénico lumbar. Investigaciones Medicoquirúrgicas. 2019; 11(1).

8-Ortega YR, Aguirre AR, Cevallos RS, Guanopatin FS. Utilidad de plasma rico en plaquetas en osteoartrosis de rodilla. RECIMUNDO.2019; 3(4): 326-39.
9- Jiménez MA, Pérez CN, Zabala MA, Oñate-Castro VA. Efectividad del tratamiento con plasma rico en plaquetas (PRP) en tendinopatias. Investigación Clínica. 2021; 62 (Supl 3): 243.
10- Arias LR, Zamora LC, Peña EF, Solano YH, Cabrera EN. Aplicación del plasma rico en plaquetas en la enfermedad periodontal. Multimed. 2021; 25(5): e2310.
11- Dos Santos EA. Plasma rico en plaquetas en la regeneración ósea de alvéolos dentarios post-exodoncia. Salud & Vida Sipanense. 2020; 7(1): 45-55.
12 - León Y, Pérez Z, Moreno M, Hernández Y, Brizuela Y. Aplicación del plasma rico en plaquetas en enfermedades de la superficie ocular. Revista Cubana de Oftalmología. 2021; 34(3):475-490.

Capítulo 59

GASTROSTOMÍA: CUIDADOS Y ROL ENFERMERO

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ GARCÍA

CRISTINA FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA ALISES ROMERO

GLORIA TORRES ROMERO

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA

1 Introducción

Cuando se tiene la necesidad de alimentar a una persona con problemas de nutrición, pues no es capaz de alimentarse de manera natural a largo plazo, se procederá a la colocación de lo que llamamos gastrostomía o gastrostomía endoscópica percutánea o denominada también PEG (gastrostomía endoscópica percutánea). Esta técnica se llevará a cabo de manera totalmente estéril, en quirófano. Se realizará mediante proceso endoscópico de tal forma que se coloca una sonda en el estómago atravesando la pared abdominal.

Se trata, por tanto, de un método mínimamente invasivo, que es sencillo, seguro y con bajo coste económico, sin olvidar que precisa de unos cuidados continuos por parte de la enfermería, tanto pre, como intra y post-procedimiento.

Hay que destacar, también, que es fundamental valorar antes de su colocación los riesgos, así como las potenciales complicaciones relacionadas con el procedimiento y como no, hacer una comparativa de los beneficios de su uso.

Las situaciones en las que estaría indicado este tipo de técnica serían:
- Disfagia neurológica.
- Accidente cerebrovascular.
- Demencia.
- Enfermedad de Alzheimer.
- Esclerosis lateral amiotrófica.
- Esclerosis múltiple.
- Enfermedad de Parkinson.

Todos estos casos en los que, como se puede comprobar, el paciente es muy vulnerable, resulta apropiado hablar del papel de enfermería como pieza necesaria y fundamental, y de ahí su importancia, para dar a conocer a estos pacientes y sus familias todos aquellos cuidados que resultan pertinentes para llevar una adecuada calidad de vida y asegurar que la nutrición en ellos está cubierta.

Además, con ello se conseguirá la reducción de infecciones, así como obstrucciones y evitar también salidas accidentales o cualquier otra circunstancia que suponga un problema y acontezca una complicación de la sonda y, por tanto, con ello, ingresos y desplazamientos de pacientes a la urgencia.

No podemos olvidar, la mención del rol enfermero en cuanto a la educación sanitaria a los pacientes portadores de dicha gastrostomía, pues será pilar fundamental para el mantenimiento y fomento de la autonomía de dichos pacientes.

2 Objetivos

- Explicar y plasmar los cuidados de la gastrostomía percutánea.
- Poner en relieve la importancia de la enfermería en el cuidado de los pacientes portadores de sonda PEG.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda y revisión bibliográfica con las palabras clave “cuidados” “ PEG” “gastrostomía percutánea” “nutrición enteral “ a través de bases de datos biomédicas como son: Scielo, Dialnet Plus y Cuiden PubMed. Además, se hace uso de metabuscadores como es: Google académico.

Se consultan guías de práctica clínica y protocolos.

Cabe destacar la búsqueda activa de información a través de la web de la Asociación Española de Enfermería Endoscópica Digestiva (AEEED), así como de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG).

4 Resultados

Como parte fundamental de los cuidados de una gastrostomía, conviene recordar y dejar plasmados ciertos puntos:
Antes de manipular el estoma se debe realizar una correcta higiene de manos con agua y jabón antiséptico sin olvidar la colocación de guantes, que en este caso no es necesario que sean estériles, para evitar cualquier tipo de contaminación de la zona.
Durante la primera semana de la colocación de la sonda PEG (7-10 primeros días) será enfermería quien deba realizar rotación de la sonda(sin traccionar) cada 24 h para evitar que se formen adherencias.
Tan importante como esto será la higiene bucal del paciente, de tal forma que realizaremos enjuagues con antiséptico o pasta dentífrica y siempre con el cuidado de que el paciente no la trague. En caso de que el paciente no pueda realizar por sí mismo la higiene, será enfermería quien realice esta higiene y enseñar a cuidadores del paciente a llevar a cabo la higiene mediante gasas impregnadas en colutorios o refrescar la cavidad bucal mediante hisopos de glicerina o limón.
Con respecto al cuidado de lo que sería la Sonda PEG, podemos destacar:
- Se debe rotar cuidadosamente la sonda 360 grados para evitar la adherencia de la misma a la piel.
- De forma rutinaria se comprobará la colocación de la sonda, pues el soporte externo no debe estar fijado a la piel, sino que debe haber una separación entre él y el estoma. En caso de no ser así, se podrá realizar dicha separación manualmente.
-Realizar lavado con aproximadamente 30-50 m de agua cada vez que se vaya a usar la sonda y después de la toma, de tal forma que evitemos las posibles obstrucciones debido a la densidad y resto de propiedades de las fórmulas nutricionales. En el caso de que la alimentación se realice con bomba, es necesario parar cada 4-6 horas para realizar esta misma operación.
- Nunca se mezclará la administración de fármacos con la nutrición.
- Asegurarse de que la sonda no queda pillada o pinzada después de cada toma.
- Muy importante será vigilar las fugas de contenido gástrico por mal cierre o descuido a la hora de colocar el tapón.
- La sonda deberá cambiarse según protocolo c/6-12 meses o siempre que sea necesario en caso de deterioro.
- Para evitar salidas accidentales y con ello el cierre natural del estoma, se deberá comprobar el volumen del balón de la sonda, siempre que la sonda PEG lo porte.

Entre los cuidados del estoma cabe destacar:

- De forma rutinaria se hará limpieza del orificio del estoma, se deberá llevar a cabo con gasas y suero fisiológico, de manera cuidadosa, de tal forma que después se realice el secado minucioso y así evitar la maceración de la piel periestomal.
- Todos los días se debe inspeccionar y comprobar el estado del estoma, si vigilando la aparición de signos de infección, inflamación o irritación de la zona.
-En las primeras dos semanas, el orificio de la ostomía se deberá limpiar, como hemos comentado anteriormente, con gasas y suero fisiológico de dentro hacia fuera, realizan movimientos en círculos. Después se procederá a secar y colocar una gasa entre el abdomen y el soporte para evitar riesgos de maceración e irritación.

5 Discusión-Conclusión

Podemos afirmar que la instauración de este tipo de técnica para poder nutrir a pacientes cuya función deglutoria está afectada es de elección tanto por su simplicidad como por ser una técnica segura y se ha demostrado una baja tasa de complicaciones.

Es de vital importancia proporcionar tanto a familiares o cuidadores como al propio paciente toda la información necesaria con respecto a la manera de administrar la alimentación, cuidados del orificio de la gastrostomía como vigilar las posibles alteraciones de la sonda, para así poder obtener una correcta adherencia terapéutica.

Es por ello que enfermería deberá llevar a cabo una atención continuada y un seguimiento activo de estos pacientes, de tal forma que se lleven a cabo actividades de prevención, de identificación y con ello tratamiento ajustado a cualquier complicación que se detecte.

6 Bibliografía

1. Sánchez-Muñoz LA, Silvagni-Gutiérrez H, Usategui-Martín I. Demencia y problemas de alimentación: ¿sonda PEG o no? Med Clin (Barc). 2019;153(11):e59–60.
2. García Cantero E, López Blázquez C, Aja Hontañón B. Cuidados y mantenimiento de la sonda por gastrostomía endoscópica percutánea y del estoma. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria. 2007;14(3):151–2.
3. Friginal-Ruiz AB, Lucendo AJ. Nutrición por PEG en pacientes con demencia: más allá de la evidencia. Enferm Clin. 2011;21(5):302–3.
4. Molina Villalba C, Vázquez Rodríguez JA, Gallardo Sánchez F. Gastrostomía endoscópica percutánea. Indicaciones, cuidados y complicaciones. Med Clin (Barc).

2019;152(6):229–36.

Capítulo 60

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON ALZHEIMER

NATALIA MOTA PICAZO

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

JAVIER MOLINA INIESTA

CARLOS MOLINA INIESTA

NATALIA CAVA RUIZ

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es una forma de demencia que empeora con el tiempo, lo que hace imposible que el paciente realice incluso las tareas más básicas de la vida diaria debido al grave deterioro cognitivo en el pensamiento, la memoria y el comportamiento que experimenta el paciente.
Los síntomas empeoran lentamente con el tiempo y no hay posibilidad de recuperar las capacidades cognitivas perdidas.
Leve (etapa temprana), moderada (etapa intermedia) y severa (etapa tardía) son las diferentes etapas de la enfermedad.
La pérdida de memoria, la pérdida del sentido del lugar y el tiempo, la dificultad para realizar las tareas cotidianas, la dificultad para resolver problemas y mantener el orden son solo algunas de las señales de advertencia de que alguien puede estar desarrollando la enfermedad.

La prevención de la enfermedad de Alzheimer es crucial, al igual que el entrenamiento y fortalecimiento del cerebro. Para lograr esto, se puede practicar ejercicios particulares como jugar juegos de intelecto (como ajedrez, leer y resolver crucigramas). (ejercicios mentales, etc.) que agudizan la mente y crean barreras contra esta enfermedad.
En el cuidado de este tipo de pacientes, el profesional de enfermería debe ser consciente de las actividades que son de ayuda, así como de los cuidados que se deben dar.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es conocer la actuación por parte del personal de enfermería ante un paciente con Alzheimer.

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El trato y cuidado que el personal de enfermería debe dar a un paciente. Por ejemplo, a la hora de desarrollarse, el Alzheimer debe tener en cuenta una serie de factores y tratamientos:
- Presentarse al paciente, describiendo quién eres, qué haces y quiénes son los demás miembros de tu equipo.
- Mostrar cercanía, empatía y seguridad. Mantener el contacto visual.
- El tacto puede tranquilizar.
- Utilizar un lenguaje claro para describir al paciente los procedimientos que se van a realizar.
- Examinar el lenguaje corporal del paciente y averiguar su significado oculto.
- Examinar la postura, la expresión facial y otros factores.
– Detectar las señales de dolor del paciente.
- Establecer un ambiente rutinario, ordenado y tranquilo.

- Para evitar la frustración, no redirija al paciente más de una vez durante cada reunión.
- Comprobar si hay síntomas depresivos en el paciente.
- Examinar sus hábitos de aseo; lo mejor es tomarlo todos los días a la misma hora.
- Animar al paciente a compartir experiencias personales y hechos pasados.
- Prestar atención al paciente e incluirlo en la conversación.
- Motivar al paciente a hacer ejercicio.
- Compartir estrategias de relajación.
- Evitar que el paciente se quede dormido durante el día y mantener un horario regular para acostarse.
- Involucrar a la familia del paciente en el proceso de atención. - Asistir en la alimentación, higiene, etc. del paciente. , pero si puede hacerlo él mismo, no lo reemplace.
- Brindar educación sanitaria a la familia sobre las actividades que son buenas para el paciente, así como los enfoques que se pueden tomar para tratar de ayudar al paciente a recordar cosas y objetos, como etiquetar objetos, habitaciones, etc.
- Hacer una lista de las tareas diarias del paciente para que sean fácilmente recordadas también es práctico para la familia.
- Indicar a los familiares del paciente que lo involucren en tareas rutinarias como barrer, doblar la ropa, poner y quitar la mesa, etc.
- Sugerir el uso de calzado con suela antideslizante para reducir el riesgo de caídas.

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 ayudar a detener la progresión de esta complicada enfermedad, es una patología muy compleja que requiere atención especializada.
Una profesión clave en el tratamiento de esta enfermedad es la del personal de enfermería, que proporciona a los pacientes métodos para mejorar la calidad de su vida diaria y preservar su independencia durante el mayor tiempo posible.
Para ayudar al paciente a mantener la independencia durante el mayor tiempo posible, es fundamental educar a la familia sobre cuestiones de salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 61

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA (SIR)

VÍCTOR VILLAESCUSA MARTÍNEZ

ANA CORCUERA CANTABRANA

DAVID BENITO PORTUGAL

1 Introducción

La intubación orotraqueal es una técnica que se realiza con frecuencia en los servicios con pacientes críticos tales como UCI y urgencias y en los quirófanos habitualmente previa realización de una cirugía, tanto en pacientes programados como urgentes. Se trata de aislar la vía aérea mediante la colocación de un tubo a través de la orofaringe y su posterior fijación mediante balón neumático tras las cuerdas vocales.

En este tipo de procedimiento, que en el quirófano es ejecutado por un médico anestesiólogo, las enfermeras de quirófano colaboran estrechamente con éste en la realización del mismo durante la intubación orotraqueal del paciente, previa al acto quirúrgico.

La secuencia de intubación rápida (SIR) es una variante de esta técnica, que se realiza con frecuencia en la urgencia quirúrgica, principalmente ante la sospecha de paciente con ileo paralítico y/o estómago lleno. La administración del hipnótico y el relajante muscular se realiza al mismo tiempo buscando un efecto

prácticamente simultáneo. Es una técnica que busca evitar la aspiración de contenido gástrico al aprato respiratorio. Cabe reseñar que este tipo de intubación se va a practicar en quirófano generalmente en el paciente urgente, y más frecuentemente en el paciente crítico.
Ante la importancia de aislar la vía aérea lo antes posible para evitar complicaciones, es fundamental que la enfermería de quirófano esté correctamente formada en este tipo de procedimientos.

2 Objetivos

- Exponer el caso clínico de un paciente en el que se realiza SIR, para ser sometido a cirugía de urgencia por traumatismo abdominal, tras impacto de alta energía (accidente de tráfico).
- Detallar el proceso para la preparación y colaboración en el protocolo de SIR por parte de enfermería.

3 Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 29 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes médicos de interés. Como antecedentes quirúrgicos: legrado evacudor hace 2 años por aborto espontáneo (sedacón + vigilancia anestésica monitorizada).
Acude al servicio de urgencias del Hospital en ambulancia (UVI móvil – SOS RIOJA 112) tras accidente de tráfico frontal con otro vehiculo. Presenta abdomen agudo, fractura de húmero izquierdo y herida contusa en occipital izquierdo . Tras realización de bodyTAC se decide derivación a quirófano para laparotomía urgente por hemoperitoneo.
A su llegada a quirófano se realiza la acogida según protocolo para urgencias, formulario de Check list quirúrgico preoperatorio y se procede a una rápida monitorización de electrocardiograma, pulsioximetría y tensión arterial. Canalización de arteria radial derecha y vía central (yugular derecha).
Preparación del material para SIR:
– Aspirador de secreciones montado con sonda tipo jankauer 8mm, encendido y funcionante.
– Laringoscopio montado con pala número 4, comprobado funcionamiento de la luz.
– Cánulas de Guedel 80 y 90 milímetros.

– Tubo endotraqueal con balón número 7. Comprobada integridad del balón y fiado con fiador de 4,3 milímetros.
– En previsión de dificultades para la intubación: videolaringoscopio con pala curva encendido y funcionante y carro de intubación difícil dentro del quirófano (mascarillas laríngeas tipo fastrach, pinzas Magill, palas de laringoscopia rectas, etc).
– Medicación cargada y preparada para uso: Fentanilo, Propofol, Rocuronio, Atropina, Efedrina y Fenilefrina.
Tras la monitorización y rápida comprobación de los instrumentos y materiales se procede a dormir a la paciente con protocolo de SIR. Se aplica maniobra de Sellick por petición del anestesista. Se administra: Fentanilo 2 cc, Propofol 13 cc y acto seguido Rocuronio 7cc. Espera de 90 segundos para efectuar laringoscopia e intubación orotraqueal satisfactoria (Escala Cormack-Lehane 1). Inflado de balón neumático del tubo orotraqueal con 8 cc de aire y fijación con esparadrapo a comisuras.
Se realiza laparotomía media en la que se extirpa el bazo a la paciente por estallido del mismo debido a la colisión. Es necesario trasfundir 2 concentrados de hematíes durante la cirugía y finalmente la paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos.

4 Discusión-Conclusión

En el ámbito quirúrgico, es fundamental el aislamiento de la vía aérea de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de urgencia lo más rápidamente posible. Para realizar esta tarea de la forma más rápida y segura posible se utiliza el procedimiento de SIR, que reduce el riesgo de broncoaspiración.
Las enfermeras quirúrgicas deben estar formadas y entrenadas para la práctica de una SIR en las mejores condiciones posibles para la seguridad del paciente.
Por lo tanto, tener una adecuada formación en el procedimiento de SIR por parte enfermería, contar con todo el material necesario disponible y operativo y seguir el protocolo de forma correcta incide en una disminución del riesgo de complicaciones, la morbimortalidad de estos pacientes y en consecuencia su mejor resolución quirúrgica.

5 Bibliografía

1.- Acevedo Gamboa FE, Páez Barroso M, Mayorga Camargo VL. Enfermeria de urgencias en la intubacion de secuencia rapida a pacientes COVID-19. Rev Cuid.

10 de mayo de 2020;11(3):e319.
2.- El-Orbany M.,Connolly L.A. Rapid sequence induction and intubation: current controversy. Anesth Analg. 2010; 110: 1318-1325.
3.- Stollings J.L., Diedrich D.A., Oyen L.J., et al. Rapid-sequence intubation: a review of the process and considerations when choosing medications. Ann Pharmacother. 2014; 48: 62-76
4.- Sept WJ, Safar P. Rapid induction/intubation for prevention of gastric-content aspiration. Anesth Analg 1970; 49: 633-636.

Capítulo 62

MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

ROCIO PEREZ CAULIN

CARMEN ALCÁNTARA SIELVA

CHRISTIAN SOLER GARCÍA

PATRICIA SÁNCHEZ GARCÍA

PABLO PLA PIQUERAS

1 Introducción

El llamado síndrome de la muerte súbita del lactante es definido como el fallecimiento posnatal de forma repentina e inesperada durante el primer año de vida. La muerte se da por asfixia, de manera inexplicable, por lo que se cataloga dentro del síndrome de muerte súbita del lactante. En los países industrializados supone la primera causa de muerte en este grupo de edad.

Aunque, como bien se ha descrito, no se sabe cuál es su causa, sí que se dispone de ciertos factores de riesgo que predisponen a ciertos lactantes al riesgo de sufrir una muerte súbita.

También se ha demostrado a lo largo de los años los factores protectores y las medidas que los padres pueden seguir para evitar el riesgo en la medida de lo posible de que el bebé sufra de una muerte súbita (3).

Gracias a conocer los factores tanto de riesgo como de protección frente a la muerte súbita, se ha conseguido en los últimos años disminuir las muertes neonatales en los países desarrollados por este síndrome (4).

La formación sanitaria del personal en este aspecto será crucial para poder identificar factores de riesgo en consulta, así como para poder educar a las familias en ello (5).

2 Objetivos

- Exponer y clarificar cuáles son los factores de riesgo para que se produzca la muerte súbita del lactante.
- Dar a conocer cuáles pueden ser las medidas protectoras para evitar, en la medida de lo posible, la muerte súbita del lactante.

3 Metodología

Este capítulo se ha realizado mediante la metodología de revisión bibliográfica. La búsqueda de artículos se ha llevado a cabo en bases de datos científicas reconocidas como PubMed y Scielo, además de en el buscador académico de Google. Se han usado palabras clave como muerte; súbita; lactante.

4 Resultados

Después de analizar los diferentes estudios realizados sobre la muerte súbita del lactante, se ha demostrado que existen dos grupos de factores realizados con la muerte súbita del lactante:

- Por un lado, tendremos los factores maternos que harán que disminuya el riesgo de muerte súbita, actuando como factores protectores, como la realización de un adecuado control de la gestación, realizar una lactancia materna exclusiva, que el lactante duerma en la misma habitación que los padres.
- Por otro lado, tenemos los factores de riesgo que ponen en aumento el riesgo de sufrir el síndrome de muerte súbita del lactante, entre los que encontramos: el tabaquismo de los padres, realizar colecho, que en la cuna del bebé haya a su alrededor almohadas, cojines o cualquier elemento que pueda provocarle asfixia y el bajo nivel socioeconómico de los padres entre otros.

También encontramos factores de riesgo dependientes del recién nacido como son la prematuridad, el bajo peso al nacer o tener un hermano fallecido por este síndrome (1,2,4,5).

El principal factor de riesgo para la muerte súbita del lactante que es modificable es la posición al dormir. Se ha comprobado como la única posición válida

es el decúbito supino con cambios laterales de la cabeza del bebé para evitar la plagiocefalia. Los lactantes a partir de 6 meses podrán dormir también en decúbito lateral, ya que a esa edad ya consiguen voltearse, pero no es la posición recomendada. Por el contrario, está totalmente desaconsejado la postura de decúbito prono por demostrase en numerosos estudios el aumento que supone en el síndrome de la muerte súbita del lactante (2,4,5).
Todas estas recomendaciones basadas en la evidencia las debe de conocer el personal sanitario para desde un primer momento podemos aconsejar y explicar a los padres como evitar el síndrome de la muerte súbita del lactante (5).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, después de revisar los diferentes artículos, podemos observar cómo durante los últimos años se ha disminuido la incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante al conocer sus factores de riesgo y modificarlos.
Entre los factores de protección más importantes encontramos la lactancia materna exclusiva llevada a cabo desde el nacimiento del bebé.
El factor de riesgo más importe que podemos modificar es la postura del bebe al dormir, ya que es importante conocer que la postura más beneficiosa es el decúbito supino, con las medidas adecuadas para evitar la plagiocefalia.
Una buena educación sanitaria y una buena formación sanitaria, hará que las familias tengan la información necesaria y correcta para la prevención de la muerte súbita del lactante.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Colecho y síndrome de muerte súbita del lactante: ¿factor de protección o factor de riesgo? [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 10 de julio de 2023]. Disponible en: http://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/colecho-y-sindrome-de-muerte-subita-del-lactante-factor-de-proteccion-o-factor-de-riesgo/.
2. AEPap. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) [Internet]. 2009. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/smsl.pdf.
3. Munkel Ramírez L, Durón González R, Bolaños Morera P. Síndrome de muerte súbita del lactante. Med Leg Costa Rica. 2018; 35(1):65–74.
4. Tarraga-Marcos ML, Romero-de Ávila Montoya JM, Tarraga-Marcos A, Tarraga-López PJ. Síndrome de muerte súbita del lactante. J Negat No Posit Results. 2022; 7(3):282–97.

5. Sánchez Ruiz-Cabello J, Carlos Ortiz González L, Grupo Previnfad. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. An Pediatr Contin. 2012; 10(6):353–8.

Capítulo 63

ACTUALIZACIÓN EN CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

ROCIO PEREZ CAULIN

CARMEN ALCÁNTARA SIELVA

CHRISTIAN SOLER GARCÍA

PATRICIA SÁNCHEZ GARCÍA

PABLO PLA PIQUERAS

1 Introducción

El hecho de que el bebé pueda tomar leche materna en exclusividad es una acción recomendada ampliamente, ya que, esta leche materna, debido a su naturaleza y su composición nutricional, es considerada como el mejor alimento para un recién nacido desde el momento del parto hasta los 6 meses de vida. La lactancia materna exclusiva irá evolucionando su valor nutricional para adaptarse a las necesidades del recién nacido desde el momento del parto y durante todo su crecimiento hasta los 6 meses (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se realice lactancia materna de forma exclusiva los primeros seis meses de vida del lactante, a partir de los cuales iremos introduciendo la alimentación complementaria basada en alimentos líquidos y sólidos hasta los dos años, fecha en la que la OMS recomienda seguir con la lactancia si es preferencia de la madre (4,6).

La tasa de mujeres que conseguirá una lactancia materna exclusiva dependerá, entre otros factores, en la información previamente recibida tanto por la matrona en las revisiones como por parte de la enfermería en el momento que la mujer haya dado a luz. Otro de los factores a tener en cuenta para obtener el éxito de la lactancia materna será la información recibida durante las crisis de lactancia (3,5). Se prevé que menos de la mitad de las mujeres que dan a luz consigan una lactancia materna exclusiva, tal y como se ha demostrado con numerosos estudios (1). Para la producción de leche y así conseguir una lactancia materna exclusiva beneficiosa, será primordial dar el pecho a demanda al recién nacido sin seguir horarios esperando, que la mujer a la hora de dar de amamantar a su bebé se encuentre en una postura cómoda, que el lactante coloque la boca adecuadamente sobre el pecho de la mujer y que la madre reciba información por parte de profesionales sanitarios (5).

2 Objetivos

Objetivo general:
- Llevar a cabo una actualización de conocimientos sobre la lactancia materna.

Objetivos específicos:
- Referir los beneficios más destacados de la lactancia materna, por una parte, para el bebé y por otra, para la propia madre.
- Explicar las dificultades más frecuentes para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna.

3 Metodología

Este capítulo se ha realizado mediante la metodología de revisión bibliográfica. La búsqueda de artículos se ha llevado a cabo en bases de datos científicas reconocidas como Pubmed y Scielo, además de en el buscador académico de Google. Se han usado palabras clave como lactancia materna; beneficios; dificultades.

4 Resultados

En numerosos estudios se ha podido evidenciar que gracias a la lactancia materna exclusiva en el recién nacido se reduce la incidencia de numerosas infecciones, obesidad infantil, síndrome de muerte súbita del lactante, etc. Asimismo, se ha demostrado que la lactancia materna exclusiva está relacionada con un mayor

cociente intelectual de los lactantes. Además, para la madre se relaciona con un menor porcentaje en ciertos tipos de cáncer de carácter hormonal, diabetes tipo 2 así como enfermedades cardiovasculares, entre otras (1,2). Se ha podido observar cómo, realizar una lactancia materna exclusiva desde el momento del nacimiento, supondrá un vínculo para la madre e hijo debido al contacto piel con piel que debe iniciarse en el mismo momento del parto hasta mínimo dos horas después de este si las circunstancias lo permiten (4).

También debemos de tener en cuenta que para una lactancia materna beneficiosa por parte del lactante debemos de tener en cuenta las siguientes indicaciones a nivel general: debemos de amamantar al bebe a demanda sin seguir un horario estricto, debemos de tener y saber cuál es la postura correcta y por último, se debe de observar la boca del recién nacido en el pecho de la madre para saber que la succión está siendo eficaz. En estas dos últimas indicaciones juega un papel importante la enfermería, donde esta debe valorar y capacitar a la madre que lo necesite para ello (5).

Entre las dificultades que se encuentran a la hora de establecer una correcta lactancia materna exclusiva se debe destacar que las madres que no tienen un apoyo por parte de los profesionales sanitarios, sufrirán un abandono precoz de la lactancia materna al no poder solucionar ciertas dudas como por ejemplo la postura adecuada a la hora de dar de mamar al recién nacido o que hacer a la hora de sufrir una mastitis o grietas en los pechos. Además, debemos destacar como otro de los beneficios de la lactancia materna exclusiva el hecho de que económicamente no supondrá un gasto, por lo que la tasa de éxito será mayor en países menos desarrollados que en países más industrializados (5,6).

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión se observa en numerosos estudios que la lactancia materna exclusiva es la más beneficiosa tanto para el recién nacido como para la madre. Estos beneficios se dan debido a que la lactancia materna exclusiva proporción los nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo del bebé, adaptándose al crecimiento de este desde el primer minuto de vida y durante toda su etapa de lactante. Además, se darán también beneficios para la madre, ejercerá la lactancia materna exclusiva como un efecto protector para ambos para una mejor salud a largo plazo, así como una disminución de ciertas patologías. Por lo tanto, podemos concluir que fomentar y apoyar la lactancia materna exclusiva es una prioridad en la atención de la salud materno-infantil.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Beneficios de la lactancia materna [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado el 4 de julio de 2023]. Disponible en: http://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/beneficios-de-la-lactancia-materna/
2. Sandoval MIC, Peña HGD, Gallegos EMS, Ledezma JCR. The known benefits of exclusive breastfeeding in the prevention of communicable diseases do not have the expected. J Negat No Posit Results [Internet]. 2017 [citado el 4 de julio de 2023];2(6):260–3. Disponible en: http://doaj.org/article/9e1a7f583e364ae682245f8393182c5d
3. Asociación Española de Pediatría. Comité de lactancia materna. Lactancia materna, el mejor inicio para ambos [Internet]. Aeped.es. [citado el 4 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201701-lactancia-materna-mejor-ambos.pdf
4. Investigación RS. Lactancia materna. Artículo monográfico [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado el 4 de julio de 2023]. Disponible en: http://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/lactancia-materna-articulo-monografico-3/
5.
Brahm P, Valdés V. Los beneficios de la lactancia materna y los riesgos asociados al reemplazo con fórmulas para bebés. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2017 [citado el 10 de julio de 2023];88(1):7–14. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28288222/
6. OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf

Capítulo 64

ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE INTRODUCCIÓN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

ROCIO PEREZ CAULIN

CARMEN ALCÁNTARA SIELVA

CHRISTIAN SOLER GARCÍA

PATRICIA SÁNCHEZ GARCÍA

PABLO PLA PIQUERAS

1 Introducción

Cuando el bebé cumple los seis meses de edad, es el momento de comenzar con la alimentación complementaria. Antes de los 6 meses, el bebé debe ser alimentado con lactancia materna en exclusiva o de fórmula también de forma exclusiva. (2). La alimentación complementaria podemos definirla como la introducción de alimentos sólidos o líquidos que iniciaremos cuando los bebés cumplen 6 meses de edad, al ser a esta edad cuando el sistema neurológico, renal, inmune y digestivo ha madurado lo suficiente para poder introducir otros nutrientes y el bebé verá aumentada sus necesidades de energía, así como el lactante empezará a perder

el reflejo de extrusión que hasta entonces dificultará la introducción de la alimentación complementaria (1,3). Durante el primer año de vida, los recién nacidos van aumentando sus necesidades energéticas, por lo que la introducción de la alimentación complementaria supondrá un suplemento alimentario necesario para el correcto desarrollo y funcionamiento del bebe.
Como bien indica su nombre, la alimentación complementaria se basará en suplementar la lactancia materna exclusiva o lactancia artificial, pero no será hasta a partir de los 2 años cuando la alimentación puede ser sin lactancia según las recomendaciones de la Organización mundial de la salud (3).
Durante los últimos años las recomendaciones sobre la alimentación complementaria han ido cambiando y evolucionando (1).

2 Objetivos

Exponer una actualización de conocimientos basados en la evidencia sobre la introducción de alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad.

3 Metodología

Este capítulo se ha realizado mediante la metodología de revisión bibliográfica. La búsqueda de artículos se ha llevado a cabo en bases de datos científicas reconocidas como Pubmed y Scielo, además de en el buscador académico de Google. Se han usado palabras clave como lactante; alimentación; complementaria.

4 Resultados

El momento en el que el bebé, como ya se ha comentado previamente, es capaz de comenzar a tomar alimento sólido y líquido diferente a la lactancia, se considera que es a partir de que ha cumplido los seis meses de edad, aunque, para la introducción de alimentos, debemos de tener en cuenta que la lactancia materna o de fórmula debe de seguir siendo la base de la alimentación del lactante hasta el primer año (2).
Pero además de la edad concreta del niño, es importante que para la introducción de la alimentación complementaria tengamos en cuenta que el bebé debe de estar preparado para ello, para ello nos fijaremos en que haya perdido el reflejo de extrusión para poder evitar atragantamientos, que el lactante muestre interés activo por la comida y que pueda coger y manejar los alimentos.

A partir de los 6 meses podremos introducir cereales, frutas, verduras, hortalizas, huevo, carne, pollo, pescado, legumbres y aceite de oliva. Los alimentos los ofreceremos troceados, machacados o triturados. Debemos de esperar entre 2 o 3 días después de la introducción de alimentos de alto potencial alérgeno, como por ejemplo el huevo, el cual se recomienda dar por primera vez una vez que este cocido al menos 15 minutos y solo dar un cuarto de él. Se ha estudiado como la introducción posterior de alimentos alérgenos no disminuye la posible reacción alérgica que pueda sufrir el menor. Entre las verduras que no se recomienda introducir hasta el año de vida son las de hoja verde debido a que tienen un gran contenido de nitratos. Tampoco se recomienda introducir hasta los 3 años los pescados con alto contenido en mercurio como son el atún o el mero.
Debemos de esperar hasta los 12 meses para la introducción de los lácteos, entre ellos la leche entera de vaca. En caso de lactancia artificial, a partir de este momento será cuando se podrá sustituir la leche de fórmula por la leche entera de vaca. A partir de los 12 meses, también es hasta cuando se recomienda retrasar la introducción de alimentos con alto contenido en azúcar como es la miel.
El uso de frutos secos, manzana o zanahoria cruda, se desaconseja hasta los 3 años debido a su alto riesgo de atragantamiento (1).

5 Discusión-Conclusión

En resumen, podemos observar como en los 6 primeros meses de vida, será fundamental una alimentación basada en lactancia materna exclusiva, lactancia artificial o mixta. A partir de los 6 meses se debe introducir una alimentación complementaria, teniendo en cuanta que el lactante debe de estar preparado para ello y debe mostrar señales de ello como por ejemplo el interés por la comida cuando la ve.
A la hora de introducir alimentos, las madres deben de tener en cuenta lo primero la evolución que ha sufrido la alimentación complementaria y lo segundo, los grupos de alimentos que se deben de introducir primero y los que se debe de esperar a introducir según la edad del bebé. Por último, las madres deben de ver las señales de los lactantes y saber reconocerlas para ver que están interesados por la comida y que la alimentación complementaria sea eficaz.

6 Bibliografía

1. Fernández-Vegue MG. Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de la

Asociación Española de Pediatría sobre alimentación complementaria. [Internet]. 9 de noviembre de 2018. [citado el 4 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf.
2. Investigación RS. Alimentación en el lactante: cuidados y funciones de la enfermera en la lactancia materna [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado el 5 de julio de 2023]. Disponible en: http://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/alimentacion-en-el-lactante-cuidados-y-funciones-de-la-enfermera-en-la-lactancia-materna/.
3.Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. OMS. [citado el 10 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding.

Capítulo 65

TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS EN SUS DIFERENTES ESTADIOS Y GRADOS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARIA GOMEZ PLAZA

MARIA DEL PRADO PLAZA ZAMORA

JOSÉ LUIS DÍAZ GARCÍA

1 Introducción

Las quemaduras representan un importante desafío clínico para los profesionales de enfermería, ya que su tratamiento adecuado es fundamental para promover la cicatrización de las lesiones y prevenir complicaciones graves. Este artículo presenta una revisión exhaustiva de la bibliografía disponible sobre el tratamiento de las quemaduras en sus diferentes estadios y grados, desde el punto de vista de la enfermería. Se describen los objetivos, la metodología utilizada, los resultados obtenidos y las conclusiones alcanzadas, con el objetivo de proporcionar a los profesionales de enfermería una base sólida para la toma de decisiones clínicas y poder mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Las quemaduras son lesiones cutáneas causadas por distintos agentes físicos, químicos o térmicos. Estas lesiones pueden variar en gravedad, desde quemaduras de primer grado superficiales hasta quemaduras de tercer grado profundas. Producen alteraciones metabólicas severas con una potente respuesta

inflamatoria y catabólica. El tratamiento adecuado de las quemaduras es esencial para prevenir complicaciones como infecciones, pérdida de función y cicatrices. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel crucial en la atención y el manejo de las quemaduras, ya que están involucrados en todas las etapas del cuidado, desde la evaluación inicial hasta el seguimiento a largo plazo.

2 Objetivos

- Recopilar y analizar la evidencia científica disponible sobre el tratamiento de las quemaduras en sus diferentes estadios y grados, desde la perspectiva de la enfermería.
- Identificar las mejores prácticas en el cuidado de las quemaduras, considerando aspectos como el manejo del dolor, la prevención de infecciones y la promoción de la cicatrización de las heridas.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas como PubMed, Scielo y Google Académico, utilizando términos de búsqueda relacionados con quemaduras, tratamiento, enfermería, estadios y grados.
Se seleccionaron estudios científicos publicados en los últimos diez años que cumplieran con los criterios de inclusión predefinidos.
Se extrajeron datos relevantes de los artículos seleccionados y se realizó un análisis crítico de la literatura para obtener información precisa y actualizada sobre el tema.

4 Resultados

La revisión de la bibliografía reveló una variedad de enfoques terapéuticos utilizados en el tratamiento de las quemaduras, adaptados a los diferentes grados de las lesiones cutáneas. A continuación, se detallan los tratamientos más comúnmente empleados en cada grado de quemadura:

1. Quemaduras de primer grado (superficiales):
Las quemaduras de primer grado afectan solo la capa más externa de la piel, caracterizadas por enrojecimiento, dolor y posible descamación. El tratamiento se centra en aliviar el dolor y promover la curación. Se recomienda el uso de compresas frías, aplicadas durante 15-20 minutos, para reducir la temperatura local

y aliviar el dolor. Además, se pueden utilizar cremas o lociones con propiedades hidratantes y analgésicas para aliviar las molestias y acelerar la recuperación (1,2).

2. Quemaduras de segundo grado (parciales):
Las quemaduras de segundo grado afectan tanto la capa externa de la piel (epidermis) como la capa interna (dermis). Se dividen en dos subcategorías: quemaduras de segundo grado superficiales y quemaduras de segundo grado profundas (1,2).
2.1. Quemaduras de segundo grado superficiales: Estas quemaduras presentan ampollas y un enrojecimiento intenso. El tratamiento implica la limpieza y desbridamiento de las ampollas intactas, seguido de la aplicación de apósitos de plata, sulfadiazina o apósitos de hidrogel para mantener el ambiente húmedo y promover la cicatrización. Además, se recomienda la administración de analgésicos para el control del dolor y la prevención de infecciones (2,3).
2.2. Quemaduras de segundo grado profundas: Estas quemaduras presentan ampollas rotas o ausentes, aspecto blanquecino y dolor intenso. El tratamiento puede incluir el desbridamiento quirúrgico para eliminar el tejido necrótico y favorecer la cicatrización. Posteriormente, se realiza la aplicación de apósitos especializados, como membranas de matriz dérmica acelular, para promover la regeneración del tejido. En casos más graves, puede ser necesario el uso de injertos de piel o sustitutos cutáneos (1,2,3).
Se han empleado apósitos de miel con buenos resultados clínicos. Esto se basa en la capacidad de la miel para inhibir la proliferación bacteriana. No obstante, existe cierta controversia en el empleo de miel (4).

3. Quemaduras de tercer grado (completa):
Las quemaduras de tercer grado afectan todas las capas de la piel, incluyendo tejidos subyacentes como músculos y huesos. Estas quemaduras se caracterizan por la ausencia de sensibilidad debido al daño en los nervios. El tratamiento de las quemaduras de tercer grado implica técnicas más invasivas, como el desbridamiento quirúrgico extenso y la aplicación de injertos de piel autóloga o alógena (1,2,3).
Los injertos de piel permiten cubrir las áreas afectadas y favorecer la cicatrización. En algunos casos, se utilizan sustitutos cutáneos, como matrices dérmicas acelulares, para facilitar la regeneración del tejido. El manejo del dolor y la prevención de infecciones continúan siendo componentes esenciales en el cuidado de estas quemaduras (5).

Es importante destacar que el tratamiento de las quemaduras es multidisci-

plinario, involucrando a diversos profesionales de la salud, como médicos, enfermeros, fisioterapeutas y psicólogos.
La evaluación y el seguimiento regular del paciente son fundamentales para adaptar y ajustar las intervenciones terapéuticas según la evolución de las lesiones.
El abordaje nutricional es importante, debido a las características catabólicas de las quemaduras. Además de un aporte rico en proteínas, según Wischmeyer y varios ensayos clínicos, la glutamina ha tenido efectos beneficiosos, reduciendo considerablemente el riesgo de bacteriemia por gramnegativos, posiblemente achacable al mantenimiento de la barrera intestinal y función inmunitaria (6).

5 Discusión-Conclusión

La presente revisión bibliográfica proporciona una visión general del tratamiento de las quemaduras en sus diferentes estadios y grados desde la perspectiva de la enfermería.
Se identifican diversas estrategias y técnicas que pueden ser utilizadas por los profesionales de enfermería para mejorar la atención y los resultados en pacientes quemados. Sin embargo, es importante destacar que cada caso de quemadura es único por las características de cada paciente, y requiere un enfoque individualizado y multidisciplinar.
Se requieren más investigaciones y estudios clínicos para fortalecer la evidencia y mejorar continuamente las prácticas de enfermería en el tratamiento de las quemaduras, así como el desarrollo de nuevos tratamientos que fomenten la cicatrización y minimicen las secuelas.

6 Bibliografía

1. González Bosquet, L. (2003). Las quemaduras y su tratamiento. Offarm, 22(9), 62–68.
2. Jiménez Serrano, R., & García Fernández, F. P. (2018). Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos, 29(1), 45–51.
3. Jeschke MG, van Baar ME, Choudhry MA, Chung KK, Gibran NS, Logsetty S. Burninjury. NatRevDisPrimers. 2020; 6(1):11.
4. Bezuhly M, Fish JS. Acute burn care. Plast ReconstrSurg. 2012; 130(2):349-58.
5. Roa Gutiérrez, R. E., & Piñeros Barragán, J. L. (2020). Coberturas transitorias en quemaduras. Cirugía plástica ibero-latinoamericana, 46, 17–22.
6. Wischmeyer PE. Glutamine in BurnInjury. Nutr Clin Pract. 2019; 34(5):681-687.

Capítulo 66

LA RELEVANCIA DE LA FORMACIÓN ENFERMERA PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS CLÍNICOS

ISABEL RUESCAS CALLEJA

ALEJANDRO TORRES PERALTA

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

1 Introducción

La enfermería es una disciplina dinámica y en constante evolución que requiere de profesionales altamente capacitados para brindar cuidados seguros y eficientes.

La formación continuada y especializada de los profesionales de enfermería desempeña un papel fundamental en la elaboración y aplicación de protocolos clínicos, brindando a los profesionales de enfermería las habilidades necesarias para contribuir a la mejora de la atención sanitaria.

Los protocolos clínicos son herramientas esenciales que guían la práctica basada en evidencia y promueven la estandarización de los cuidados de enfermería.

Para llevar a cabo la elaboración de un protocolo, es preciso que se disponga de personal cualificado y entrenado, ya que se realiza mediante un proceso metodológico y basado en el conocimiento científico. Es de gran relevancia destacar la importancia de contar con profesionales capacitados, ya que estas herramientas van a ser utilizadas para la toma de decisiones clínicas, lo que significa

que van a repercutir de forma directa en el paciente, por lo tanto, si un protocolo está mal diseñado, provocará el efecto contrario al deseado. Esto puede suponer la sistematización de decisiones inapropiadas incrementando la incidencia de errores.
Se considera de gran relevancia examinar la importancia de la formación enfermera en la elaboración de protocolos clínicos, ya que la protocolización de los cuidados es un tema de gran actualidad, en el que se destaca el elemental rol de la enfermería para contribuir a la mejora de la calidad de la atención prestada, la seguridad del paciente y la eficiencia en los servicios de salud.

2 Objetivos

1. Analizar el papel de la enfermería en la elaboración de protocolos clínicos y su contribución a la mejora de la calidad y seguridad de la atención.
2. Examinar las habilidades y conocimientos específicos que los profesionales de enfermería aportan en el proceso de elaboración de protocolos clínicos.
3. Evaluar los beneficios de desarrollar protocolos clínicos adaptados a las necesidades de los pacientes y contextos de atención.
4. Destacar la importancia de la implementación efectiva, educación y mejora continua en la aplicación de los protocolos clínicos por parte de los profesionales de enfermería.

3 Metodología

Para llevar a cabo la elaboración del presente artículo, se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva en la literatura científica realizando un análisis crítico de artículos que abordaban el tema en cuestión. Para la realización de la búsqueda se utilizaron bases de datos electrónicas como PubMed y Cinahl. Se usaron palabras clave como: “formación enfermera”, “protocolos”, “intervenciones enfermeras” y “calidad asistencial”. Se aplicaron filtros para limitar la búsqueda a estudios publicados en los últimos diez años y se seleccionaron los más relevantes. Los artículos seleccionados fueron evaluados y analizados en cuanto la calidad en la metodología, relevancia y contribución al tema tratado.

4 Resultados

Los protocolos para los cuidados son herramientas que han sido elaboradas basándose en la evidencia científica, y que tienen su utilidad en la práctica clínica para solucionar aquellos problemas que requieren de actuaciones enfermeras determinadas. Gracias a la elaboración e implementación de protocolos podemos determinar estrategias que permitan unificar criterios a la hora de llevar a cabo diferentes técnicas y terapias, así como disminuir errores, planificar y evaluar las intervenciones realizadas, con la finalidad de conocer los resultados que se obtienen con la aplicación de los cuidados.

La formación enfermera juega un papel esencial en la elaboración de protocolos clínicos, ya que brinda a los profesionales los conocimientos y las habilidades necesarias para desarrollar y aplicar directrices basadas en la evidencia científica. Estos protocolos son fundamentales para estandarizar la práctica, mejorar la calidad de atención y garantizar la seguridad del paciente en diversos entornos de atención sanitaria.

Los profesionales de enfermería, gracias a su nivel de competencias, al conocimiento especializado, a la experiencia clínica y a la formación continuada, están en una posición única para colaborar en la creación y actualización de protocolos que reflejen las mejores prácticas y sean aplicables en diversos entornos de atención sanitaria.

A través de la investigación y el análisis de los diferentes estudios que abordan el tema a tratar, se pueden desarrollar una serie de argumentos claves que respaldan importancia del continuo desarrollo del conocimiento de enfermería y su influencia en la elaboración de protocolos clínicos, así como la importancia del papela activo de este colectivo:

1. Conocimiento especializado: Los profesionales de enfermería poseen un conocimiento detallado de las necesidades y desafíos de los pacientes en diferentes áreas de la atención sanitaria. Este conocimiento es crucial para identificar las mejores prácticas y las intervenciones más efectivas en términos de resultados clínicos y satisfacción del paciente, lo cual garantiza que los protocolos clínicos estén respaldados por un conocimiento profundo y actualizado.
2. Desarrollo de habilidades técnicas: La capacitación conseguida a través de la experiencia práctica ayuda a garantizar que los protocolos sean precisos, actualizados y pertinentes.
3. Uso de la evidencia científica: La formación enfermera dota a los profesionales de los conocimientos precisos para buscar, analizar y evaluar la evidencia científica relevante. Esto les permite tomar decisiones fundamentadas al elabo-

rar protocolos clínicos basados en la mejor evidencia disponible, asegurando que las prácticas probadas y recomendadas estén respaldadas por investigaciones rigurosas.
4. Competencias de investigación: Una formación adecuada proporciona a los enfermeros las competencias necesarias para llevar a cabo investigaciones que contribuyan al desarrollo y actualización de los protocolos clínicos. La evidencia científica respalda la efectividad de los protocolos y la formación enfermera promueve la capacidad de generar y utilizar esta evidencia. La elaboración de estas herramientas de cuidados requiere conocimientos en metodología de investigación, manejo de fuentes bibliográficas, análisis crítico de la evidencia y habilidades de redacción científica.
5. Mejora de la seguridad y calidad asistencial: Los protocolos clínicos desarrollados por profesionales de enfermería pueden mejorar la seguridad y la calidad de la atención sanitaria al proporcionar directrices claras y basadas en evidencias. La formación adecuada asegura que los protocolos sean implementados de manera efectiva, lo que contribuye a la prevención de errores y a la estandarización de las prácticas de atención.
6. Participación interprofesional: La formación enfermera promueve la participación activa de los profesionales de enfermería en equipos interdisciplinares y comités de elaboración de protocolos clínicos para garantizar su validez y consenso. Esto permite la colaboración efectiva entre diferentes disciplinas de atención sanitaria, mejorando la calidad y la seguridad de la atención prestada.
7. Actualización continua: La formación enfermera proporciona herramientas y estrategias para mantenerse actualizado y adaptarse a los avances científicos y tecnológicos. Esto es esencial en la elaboración de protocolos, ya que la atención sanitaria se actualiza constantemente y, en consecuencia, las prácticas deben ajustarse a las nuevas necesidades. Por ello es necesario evaluar la efectividad de los protocolos y detectar áreas de mejora.

5 Discusión-Conclusión

Con la implementación de protocolos en las diferentes unidades de asistencia sanitaria y a su uso diario, se ha contribuido con la promoción de la mejora de los cuidados enfermeros para llegar a la excelencia en la práctica clínica.
Gracias a las cualidades y conocimientos adquiridos a lo largo de la experiencia profesional y la adopción del método científico a través del estudio de la literatura médica que respalda la evidencia de las intervenciones para la elaboración de protocolos, los equipos de enfermería han logrado hacer uso de la documentación

disponible para llevar a cabo la tarea de investigación con la finalidad de resolver aquellos problemas que surgen en la práctica de su profesión.
A través de la colaboración multidisciplinaria, la implementación efectiva, la educación y la formación continuada, los profesionales de enfermería aseguran que los protocolos sean basados en la evidencia científica más actualizada y se adapten a las necesidades de los pacientes y contextos de atención.
Esto conduce a una mayor calidad y seguridad en la atención, al consenso a la hora de llevar a cabo las intervenciones y minimiza el riesgo de errores. Los protocolos adaptados a las necesidades de los pacientes y contextos asistenciales promueven una atención más personalizada y centrada en el paciente, mejorando así los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.
La enfermería desempeña un papel fundamental en la implementación efectiva y la educación sobre los protocolos clínicos, asegurando que los profesionales estén capacitados para aplicarlos correctamente en la práctica clínica y permitiéndolos participar activamente en su desarrollo. Además, los profesionales de enfermería son agentes clave en la actualización continua de estas herramientas, identificando áreas de mejora, recopilando datos y participando en la revisión y actualización de los protocolos en base a la retroalimentación y la evidencia científica más reciente.

6 Bibliografía

1. Reconde-Suárez, Deimy, & Peña-Figueredo, Maria de los Angeles. (2019). Las regularidades teóricas de los protocolos de actuación de enfermería como resultado científico enfermero.13(2), 1326. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2019000200006&lng=es&tlng=es.
2. Aguirre Raya, Dalila Aida, & Hernández Jiménez, Ana Bárbara. (2014). Algunas consideraciones para el diseño de protocolos en la actividad de Enfermería. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 13(3), 487-499. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000300014&lng=es&tlng=es.
3. Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). Investigación En Enfermería: Desarrollo de la Practica Enfermera Basada En La Evidencia (7a ed.). Elsevier. https://books.google.at/books?id=-OKiDwAAQBAJ

Capítulo 67

TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN: ALGINATO FRENTRE A HIDROCOLOIDE

BORJA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son un grave problema durante nuestro trabajo diario. Este problema de salud afecta en primer lugar al paciente tanto física, psíquica como socialmente, ya que la aparición de UPP puede ocasionar alteraciones del bienestar por factores como el dolor, la pérdida de la independencia y autoestima, depresión… En segundo lugar, se ve afectada la familia, con un incremento de la carga laboral, económica y emocional, y en tercer se ve afectado el sistema de salud, por el gasto en recursos humanos y materiales que esto acarrea. (1)

Según la OMS, la UPP es la consecuencia de la necrosis isquémica al nivel de la piel y los tejidos subcutáneos, generalmente se produce por la presión ejercida sobre una prominencia ósea. Su presencia aumenta hasta cuatro veces la mortalidad y, cuando son de grado III – IV, la probabilidad de morir dentro de los siguientes 6 meses es cercana al 50%. Se puede considerar que las úlceras por presión son un indicador importante de una enfermedad grave de base. (2)

- Factores de riesgo en la aparición de las UPP

La principal causa de la formación de una úlcera por presión, es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a esta.

Por un lado, tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas fisiológicas o deformantes del paciente y el otro plano duro generalmente externos a él, representado por la cama, silla, calzado u otros objetos. La presión capilar normal oscila entre 16 y 33mm Hg, lo que significa que presiones por encima de 16mm Hg producen un colapso de la red capilar. La isquemia local aumenta la permeabilidad capilar con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestada por un eritema cutáneo. Este es reversible si al retirar la presión desaparece en 30 minutos, restableciéndose la perfusión de los tejidos. Si no desaparece la presión se produce isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración. (3)

+ Factores intrínsecos
• Condición física: inmovilidad
• Alteraciones circulatorias/respiratorias
• Diabetes
• Insuficiencia vasomotora
• TA baja
• Insuficiencia cardiaca
• Vasoconstricción periférica
• Alteraciones endoteliales
• Anemia
• Septicemia
• Edad
• Malnutrición/deshidratación

+ Factores extrínsecos:
• Humedad
• Perfumes/agentes de limpieza
• Estancia
• Superficie de apoyo
• Técnicas manuales sobre la piel
• Fijaciones/férulas (4)

- Clasificación de las UPP:
• GRADO I: Eritema no blanqueante. Piel intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible. Otras características: El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación

con los tejidos adyacentes. La Categoría / Estadio I puede ser difícil de detectar en personas con tonos oscuros de piel.

• GRADO II: Úlcera de espesor parcial. La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos. También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento. Otras características: Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácelos o hematomas*. Esta categoría / estadio no debería emplearse para describir desgarros de la piel, quemaduras provocadas por el esparadrapo, dermatitis asociada a la incontinencia, la maceración o la excoriación.

• GRADO III: Pérdida total del grosor de la piel. Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de las úlceras por presión de categoría/estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar úlceras por presión de categoría/estadio III extremadamente profundas.

• GRADO IV: Pérdida total del espesor de los tejidos. Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfácelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de la úlcera por presión de categoría/estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y estas úlceras pueden ser poco profundas. Las úlceras de categoría/estadio IV pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis.

• NO ESTADIABLE, PROFUNDIDAD DESCONOCIDA: Pérdida del espesor total de los tejidos donde la base de la úlcera está completamente cubierta por esfacelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) y/o escaras (canela, marrón o negro) en el lecho de la herida. Hasta que se hayan retirado suficientes esfacelos y/o la escara para exponer la base de la herida, la verdadera profundidad, y por tanto la categoría/estadio no se puede determinar. (5)

- Escalas de medición:

Las escalas validadas son una medida objetiva de valoración del riesgo y son superiores al juicio clínico de cualquier enfermera. Las más difundidas son las de Norton, Braden y Waterlow.

+ Escala de Norton.
Norton fue la primera enfermera que creó una escala diseñada para evaluar a pacientes geriátricos. La escala de Norton modificada fue desarrollada por el INSALUD en Madrid en 1998 y en ella se añade una definición operativa para cada uno de los términos de cada parámetro, intentando así aumentar la fiabilidad Inter observador

+ Escala de Waterlow
La escala de Waterlow se desarrolló en Inglaterra en 1985, con la intención de sustituir a la de Norton, porque no clasificaba algunos pacientes que finalmente se ulceraban.

+ Escala de Braden
La escala de Braden también fue diseñada en 1985, pero en Estados Unidos, con el mismo objetivo que la de Waterlow: solventar los problemas o limitaciones que presentaba la de Norton. La escala de Braden y la de Norton son, por este orden, las que mayores garantías de validez tienen. Resulta imprescindible utilizar las escalas de forma periódica y cada vez que exista una variación en cuanto a la salud del paciente o a las condiciones de éste, así como de su entorno; es decir, si el paciente cambia de nivel asistencial, debe volverse a reevaluar.(6)

2 Objetivos

El objetivo que tenemos realizando esta revisión bibliográfica es comprobar la diferencia en el tratamiento de las úlceras por presión, pudiendo así ofrecer una atención individualizada al paciente.

3 Metodología

- Criterios de selección:
Los criterios de inclusión para este estudio fueron revistas científicas y artículos de bases de datos, publicados desde el año 1999 hasta la actualidad, tanto cuantitativos como cualitativos, que se adecuaran al objetivo de esta revisión. Los criterios de exclusión fueron aquellos artículos que únicamente hablaran de la

sobrecarga de cuidadores de pacientes dependientes de una enfermedad exclusiva, de sobrecarga de cuidadores formales, de aquellos que se centraran en la farmacología y de artículos de poco rigor científico o baja calidad.
-Procedimientos:
Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: Medline, Scielo, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Johanna Briggs Institute (JBI), Cuiden. Los límites de tiempo que se utilizaron fueron: ensayo clínico, publicado a partir del 1/1/1999 hasta la actualidad, en español, inglés, italiano y portugués.
La búsqueda se acotó usando las siguientes palabras clave: Cuidador principal, cuidador informal, sobrecarga, intervenciones de enfermería.
Ya que muchos estudios utilizaron la escala de Zarit para medir la sobrecarga del cuidador, esta fue también elegida como palabra clave con la finalidad de no perder cualquier intervención o estudio válido.
Los artículos fueron sometidos a una lectura crítica para proceder a su selección final.

4 Resultados

Se han encontrado 33 artículos de los cuales se han preseleccionado 13 según los protocolos de lectura crítica. Estos artículos se revisan y 7 son descartados por no cumplir los criterios de selección establecidos por lo que se seleccionaron 6 artículos para ser revisados en profundidad y proceder a su lectura crítica.
Los participantes en el estudio eran pacientes con una úlcera por presión diagnosticada, hombres y mujeres mayores de edad. El objetivo del estudio era averiguar el efecto que tienen las diferentes aplicaciones sobre las úlceras por presión.

En 2002, Belmin J realizó un estudio en el que se comparaba la cura completa de una úlcera por presión de grado II únicamente con alginato y con alginato seguido de hidrocoloide.
Para ello hizo dos grupos, el grupo A con 57 personas y el grupo B con 53. El estudio se llevó a cabo durante 8 semanas. En grupo A el 69.1% de los pacientes tuvo éxito antes de las 8 semanas frente al 30.9% que no tuvo éxito.
En el grupo B el proceso fue el siguiente: las 4 primeras semanas a tratamiento con alginato y las 4 siguientes con hidrocoloide. El resultado fue que el 42.6% tuvo éxito frente al 57.4% que no logró los objetivos esperados. (7)

En 2013, Chuangsuwanich analizó el resultado que tenía la aplicación de Silvederma con alginato en la UPP, para ello recogió un grupo A de 15 personas y un

grupo B de otras 15. Los resultados del grupo A fueron similares a los del resultado anterior mientras que los resultados del grupo B fueron que el 51.7% había logrado los objetivos esperados. (8)

En 2005, Meaume analizó el resultado que tenía la aplicación de alginato plata (Grupo A) frente alginato normal (Grupo B) en un grupo de población con UPP de II grado con signos de infección. El grupo A recogía un grupo de 15 personas y el grupo B recogía 13 personas. El estudio tuvo una duración de 4 semanas. El grupo A tuvo unos resultados satisfactorios del 50.3% frente al 38.1% del grupo B en el tiempo previsto. (9)

En 2012, Milne llevó a cabo un estudio en el que se comparaba la aplicación de hidrocoloide frente a colagenasa en una UPP de II grado sin signos de infección. Para ello recogió un Grupo A de 23 personas que se aplicaba hidrocoloide y un Grupo B de 20 personas que se aplicaba colagenasa. El estudio tuvo una duración de 5 semanas. Los resultados fueron que en el Grupo A tuvo un resultado positivo del 60.6% frente al Grupo B con el 42.3% en el marco del tiempo establecido. (10)

En 2002, Sopata estudió el efecto de la aplicación de hidrocoloide frente a la espuma de poliuretano. Captó un Grupo A de 15 personas para la aplicación del hidrocolide y un Grupo B de 15 personas para la aplicación de la espuma de poliuretano. La duración del estudio fue de 8 semanas. El grupo A tuvo unos resultados satisfactorios del 69.3% frente al 36.9% del grupo B en el tiempo establecido. (11)

En el 2000, Bale llevó a cabo un estudio en el que se aplicaba hidrocoloide a todos los estudiados, sólo que al Grupo A se le añadía Purilón y al Grupo B Iruxol. Ambos grupos estaban establecidos por 12 personas cada uno y la duración fue de 4 semanas. El resultado final fue que el Grupo A tuvo porcentaje favorable del 49.6% y el Grupo B un resultado favorable del 53.3%. (12)

5 Discusión-Conclusión

El implantar este tipo de tratamientos vemos que tiene beneficios en la cura de las úlceras por presión, mejorando así la calidad de vida de aquellos enfermos a los que estamos tratando.
Actualmente sigue habiendo la necesidad de seguir realizando estudios que incidan en el tratamiento y cuidado de las úlceras por presión, así como también en la formación en este campo por parte de médicos y enfermeros.

Han sido puestos en práctica diferentes tratamientos para la úlcera por presión, desde los más sencillos con únicamente la aplicación de alginato como en u grupo de estudio de Belmin (7) o la aplicación de solamente hidrocoloide como Milne (10), frente a tratamientos más complejos o combinados como la mezcla de ambos tratamientos por parte de Belmin (7) o la introducción de otros medicamentos con el tratamiento principal como hizo Bale (12).
Los resultados fueron homogéneos, es decir, en mayor o menor medida todos los tratamientos usados fueron beneficiosos para la cura de la úlcera por presión.
Aunque los resultados publicados han sido buenos, en esta publicación no se ha considerado la estimación de la calidad de la metodología de dichos estudios ni los sesgos que podrían estar presentes en las publicaciones que hemos analizado.

-CONCLUSIÓN
Vistos los resultados que hemos obtenido después de haber realizado esta revisión, basándonos en los porcentajes de satisfacción, nos encontramos que los tratamientos que contemplan el uso del hidrocoloide podrían ser más beneficiosos en la cura de las úlceras por presión.
Es esencial conocer dentro de la práctica clínica cuál sería la intervención que nos interesa aplicar a cada paciente, con el objetivo de que el beneficio obtenido sea el mayor para nuestro paciente. Atendiendo a la gestión, debemos de tener en cuenta el coste del tratamiento, debiendo ajustarnos a la situación socioeconómica que vivimos en la actualidad y atendiendo a la persona a la que tratamos.

6 Bibliografía

1. Geriatría XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Editores Médicos, 2000.

2. Rogenski NM, Kurcgant P. The incidence of presure ilcers after the implementation of a prevention protocol. Revista latino-americana de enfermagem. 2012 Mar-Apr; 20(2):333-9 PubMed PMID: 22699734

3. Makai P, Koopmanschap M, Bal R, Nieboer AP. Cost-effectiveness of a pressure ulcer quality collaborative. Cost effectiveness and resource allocation: C/E. 2010;8:11. PubMeb PMID: 20515473. Pubmed Central PMCID: 2895580

4. Panel for the Prediction and Prevention of pressure Ulcers in Adults. Pres-

sure alcers in adults: prediction and prevention. Clinical Practice Guideline n 3. Rockville, MD. US: Department of Health and Human Services. Plublic Halth Service. Agency for Health Care Policy and Research; 1992 1992

5. García-Fernández F, Montalvo Cabrerizo M, García Guerrero A, Pancorbo Hidalgo P, García Pavón F, González Jiménez F, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007 2008.

6. García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Soldevilla Agreda JJ. Predictive Capacity of Risk Assessment Scales and Clinical Judgment for Pressure Ulcers: A Meta-analysis. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2014 Nov 25;41(1):24-34. PubMed PMID: 24280770

7. Belmin J, Meaume S, Rabus MT, Bohbot S. Sequential treatment with calcium alginate dressings and hydrocolloid dressings accelerates pressure ulcer healing in older subjects: a multicenter randomized trial of sequential versus nonsequential treatment with hydrocolloid dressings alone. Journal of the American Geriatrics Society 2002;50:269-74.

8. Chuangsuwanich A, Chortrakarnkij P, Kangwanpoom J. Cost-effectiveness analysis in comparing alginate silver dressing with silver zinc sulfadiazine cream in the treatment of pressure ulcers. Archives of Plastic Surgery 2013;40:589-96.

9. Meaume S, Vallet D, Morere MN, Teot L. Evaluation of a silver-releasing hydroalginate dressing in chronic wounds with signs of local infection. Zeitschrift fur Wundheilung 2006;11:236-45.

10. Milne CT, Ciccarelli A, Lassy M. A comparison of collagenase to hydrogel dressings in maintenance debridement and wound closure. Wounds 2012;24:317-22.

11. Sopata M, Luczak J, Ciupinska M. Effect of bacteriological status on pressure ulcer healing in patients with advanced cancer. Journal of Wound Care 2002;3:107-10.

12. Bale S, Crook H. The preliminary results of a comparative study of the performance characteristics of a new hydrogel versus an existing hydrogel on necrotic pressure ulcers. European Wound Management Association Conference; 1997 April 27-29; Milan, Italy. 2000.

Capítulo 68

UTILIZACIÓN DE OXÍGENO A ALTO FLUJO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN URGENCIAS

ANA BELÉN SEGURA OCHOA

1 Introducción

La terapia de oxígeno de alto flujo (HFOT) es un soporte respiratorio no invasivo que suministra aire calefactado, humidificado y enriquecido con oxígeno a los pacientes.
Es una alternativa a las tradicionales terapias no invasivas en pacientes adultos y pediátrico/neonatales con insuficiencia respiratoria aguda (IRA).
La oxigenoterapia con alto flujo con más de 40 lpm a través de gafas nasales está indicada en pacientes adultos con insuficiencia parcial grave (Pa/ FiO2 < 200) sobre todo si presentan infiltrados bilaterales radiológicos y en insuficiencia cardíaca aguda con edema de pulmón. También lo podemos utilizar para la preeoxigenación antes de la intubación orotraqueal, en el destete de la ventilación mecánica , en el fallo respiratorio hipoxémico moderado (pacientes postquirúrgicos, médicos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica) tanto en el servicio de urgencias como en unidades de cuidados intensivos y como apoyo a la broncoscopia.
En neonatos/pretérmino el primer objetivo es conseguir presiones de distensibilidad pulmonar y se utiliza como profilaxis o tratamiento del síndrome de distrés respiratorio, apneas y como prevención o tratamiento de la insuficiencia respiratoria postextubación.

En pacientes pediátricos las indicaciones son insuficiencia respiratoria moderada y/o necesidad de aporte de oxígeno elevado, hipoxemia que no responde a terapia de oxígeno con bajo flujo, apneas, obstrucción vía aérea superior, inflamación de vía aérea (asma, bronquiolitis) , retirada de ventilación mecánica no invasiva, apoyo respiratorio tras intubaciones programadas y exacerbaciones de la insuficiencia cardíaca.
Está contraindicada en pacientes no colaboradores (agitados, disminución de conciencia), si el paciente necesita intubación orotraqueal para proteger vía aérea y si el paciente ha sufrido un traumatismo o cirugía facial.
El desarrollo de su conocimiento ha conllevado a su uso generalizado, sobre todo en los servicios de urgencias y UCI. Está aumentando mucho su aplicación ya que es un sistema fácil de utilizar, eficaz y con pocos efectos adversos.

2 Objetivos

Conocer las indicaciones de esta terapia, sus usos, ventajas y desventajas.
Identificar las complicaciones como dolor torácico, cefalea, epistaxis, intolerancia al calor, intolerancia al ruido, sinusitis, neumotórax o eritema malar.
Conocer montaje de tubuladuras, calentador de suero, termómetro y gafas nasales (tamaños). Qué partes se desechan y cuáles se esterilizan.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos científicos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Elselvier y Google Academy. Seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones que incluían ensayos clínicos, estudios observacionales retrospectivos, guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas.
Por otra parte en nuestro servicio de urgencias del Hospital San Pedro de Logroño disponemos de cinco respiradores modelo Vitae 40 Hersill. En primer lugar se envió una guía-uso dirigida al personal médico, de enfermería y TCAES de urgencias .
La guía iba acompañada de vídeos explicativos sobre el montaje, desmontaje y funcionamiento del modo HFOT, sistema de humidificación y calentamiento. Inicio de terapia a 40lpm y FiO2 100%(si aumentamos el flujo de oxígeno el propio ventilador disminuye FiO2).
Se realizaron sesiones clínicas de formación con prácticas incluidas.

4 Resultados

La oxigenoterapia de alto flujo nos permite ganar tiempo para recabar información acerca del diagnóstico del paciente y su situación clínica.
Es una técnica segura y de fácil manejo si el personal está formado y entrenado en ello.
La implantación de esta técnica en nuestro servicio de urgencias requirió de una formación teórica y práctica por parte de todo el equipo multidisciplinar implicado. Todo esto nos ha llevado a poder utilizarlo de manera rápida y segura con un buen control del respirador de alto flujo.
Somos conocedores de las complicaciones posibles durante su uso y de los efectos adversos que puede conllevar la terapia de alto flujo. Podemos así prevenirlas y ponerles solución si aparecen.
Al conocer los posibles pacientes candidatos a esta terapia, desde la consulta de triaje, sabemos en qué área, dentro del servicio de urgencias, ubicar al paciente. El paciente siempre permanecerá monitorizado y prestamos atención a una serie de parámetros fisiológicos (nivel de conciencia, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, SatO2) y realizamos una gasometría de eficacia al cabo de una hora de la instauración de la terapia. Sabemos controlar los signos y síntomas de mejoría clínica (reducción del trabajo respiratorio, reducción de la frecuencia respiratoria, reducción de la escala de disnea) o gasométrica (reducción de la acidosis respiratoria o de la hipoxemia).
Puede ayudarnos a evitar la intubación orotraqueal en algunos casos concretos.
Mantiene una FiO2 constante y elevada, tiene un efecto CPAP de 5-7 cm H2o (si el paciente mantiene la boca cerrada).
Mejoramos el aclaramiento mucociliar gracias al oxígeno húmedo y caliente.
El alto flujo nos ayuda a mejorar la relación ventilación/perfusión.
Aliviamos la sensación de disnea en el paciente.
Se ha utilizado en algunos servicios como primer nivel en insuficiencia respiratoria hipoxémica en pacientes con Covid-19.
Con esta terapia conseguimos que el paciente se encuentre más confortable por la utilización de gafas nasales frente a otros dispositivos faciales, disminuyendo su sensación de agobio y ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

En resumen en los últimos años la terapia de oxígeno de alto flujo se ha convertido en una alternativa útil a la terapia convencional. Nos permite adminis-

trar flujos de 02 más elevados y acondicionados mediante cánulas nasales. Es un tratamiento eficaz para pacientes con insuficiencia respiratoria de diversos orígenes por la gran cantidad de efectos beneficiosos que presenta. Las indicaciones para su empleo van en aumento debido a la posibilidad de iniciar tratamientos más precoces en la IRA , junto al elevado número de pacientes que no toleran la VMNI.

Nuestros pacientes se encuentran más confortables con la utilización de gafas nasales frente a otros dispositivos faciales que también utilizamos. El tipo de pacientes candidatos a esta terapia es muy frecuente en nuestro servicio de urgencias y cada vez el volumen es mayor. Debemos actualizar nuestros conocimientos y entender que esta terapia es susceptible de cambiar y mejorar a corto plazo por el dinamismo de su conocimiento científico.

Sin embargo el grado de acuerdo entre VMNI y la terapia de alto flujo es controvertida.

Hasta la fecha no existe ningún documento que recoja la práctica clínica de la aplicación del Soporte ventilatorio no invasivo (SRNI), VMNI y HFOT, en el paciente adulto, pediátrico y neonatal en el Sistema Nacional de Salud Español. Hasta ahora solo disponemos de un documento de recomendaciones y puntos claves.

6 Bibliografía

- M. luján, O. Peñuelas, C. Cinesi Gómez, A. García-Salido, J. Moreno Hernando, A. Romero Berrocal, I.Gutiérrez Ibarluzea, J.F. Masa Jiménez, A.Mas, J.M.Carratalá Perales, M. Gasoil, A. Concheiro Guisán, J. García Fernández, J. Escámez, J.Parrilla Parrilla, E.Farrero Muñoz, M. González, S.B. Heili- Frades, M.Á. Sánchez Quiroga, G. Rialp Cervera, G. Hernández, A. Sánchez Torres,R. Uña, C.F. Ortolà, M. Ferrer Monreal, C. Egea Santaolalla.
Sumario de las recomendaciones y puntos clave del Consenso de las Sociedades Científicas Españolas (SEPAR, SEMICYUC, SEMES; SECIP, SENeo, SEDAR, SENP) para la utilización de la ventilación no invasiva y terapia de alto flujo con cánulas nasales en el paciente adulto, pediátrico y neonatal con insuficiencia respiratoria aguda grave. SciencieDirect;artículo de la revista Medicina Intensiva vol 45 (5) , 298-312) junio-julio 2021. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/abs/pii/S0210569120303338
- R. Artacho Ruiz, B. Artacho Jurado, F. Caballero Güeto, A. Cano Yuste , I. Durbán García, F. García Delgado, J.A. Guzmán Pérez, M. López Obispo, I. Quero del Río, F. Rivera Espinar, E. del Campo Molina.

Predictores de éxito del tratamiento con cánula nasal de alto flujo en el fallo respiratorio agudo hipoxémico. Elselvier; artículo de la revista Medicina Intensiva , vol 45 (2), 80-87,2021. https://www.medintensiva.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=S0210569119301913

- Ventilación avanzada en la palma de la mano. Vitae 40- Respirador Transporte y Emergencia . Guía de uso de respirador Hersill. http//hca.es/huca/enfermería/html/f_-archivos/Vitae%2040%20Manuel%20de%20usuario.PDF

- Terapia de oxígeno de alto flujo: soporte respiratorio no invasivo-Dräger. https://www.draeger.com/es_es/Hospital/Mecanical-Ventilation7Prevent/High-Flow-Oxigen-Therapy.

- J.M. Carratalá, S. Díaz Lobato, P. Llorens.
Terapia de alto flujo con cánulas nasales en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda.
Scielo; Insuf. card. vol13 no.3 ,2018. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S
1852-38622018000300005.

Capítulo 69

IMPORTANCIA DE LA IMPLANTACIÓN DE LA FIGURA DE ENFERMERA ESCOLAR

MARIA JOSE MARTIN ALBO PRIETO

MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA

ALBA FERNÁNDEZ OLIVER

VICTORIA DELGADO PALACIOS

BELÉN VALVERDE IZQUIERDO

1 Introducción

Una enfermera escolar es un profesional de enfermería que trabaja en el entorno educativo, específicamente en instituciones escolares, como escuelas primarias, secundarias o instituciones de educación especial. Su función principal es brindar atención y cuidados de salud a los estudiantes, promoviendo un entorno escolar saludable y seguro.

La enfermera escolar está capacitada para brindar atención médica básica a los estudiantes. Esto incluye evaluar y tratar lesiones menores, administrar medicamentos según las indicaciones, manejar condiciones crónicas de salud, como diabetes o alergias, y realizar primeros auxilios en caso de emergencias. También trabaja en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades dentro de la comunidad escolar. Desarrolla programas educativos sobre temas como la higiene,

la nutrición, la actividad física, la salud mental y la prevención de enfermedades contagiosas. También realiza controles de salud periódicos y lleva registros de vacunación de los estudiantes.
Además, la enfermera escolar colabora estrechamente con otros profesionales de la educación, como maestros, directores y consejeros, para asegurar un enfoque integral en el cuidado de los estudiantes. Participa en reuniones de equipo, proporciona orientación y apoyo en la adaptación de las actividades escolares para estudiantes con necesidades médicas específicas y colabora en la implementación de políticas y procedimientos relacionados con la salud escolar. Y es que las actuaciones de la enfermera juegan un papel importante en la detección temprana de problemas de salud en los estudiantes. Realiza evaluaciones de salud, identifica signos y síntomas de enfermedades o trastornos, y hace seguimiento a estudiantes con condiciones médicas crónicas. En casos de detección de problemas de salud más graves, puede referir a los estudiantes a servicios médicos especializados.

2 Objetivos

1. Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar la enfermera escolar.
2. Resaltar la importancia de la figura de la enfermera escolar.

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 implantación de la figura de la enfermera escolar es de suma importancia para garantizar el bienestar y la salud de los estudiantes dentro del entorno escolar. En primer lugar, la enfermera escolar desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud de los estudiantes. Realiza actividades de prevención y educación, fomentando hábitos saludables y proporcionando información sobre

temas como la nutrición, la higiene, la actividad física y el cuidado general de la salud. Esto contribuye a formar estudiantes conscientes de la importancia de cuidarse a sí mismos y mantener un estilo de vida saludable.

La presencia de una enfermera en la escuela permite la atención inmediata de necesidades médicas de los estudiantes. Puede administrar medicamentos, tratar heridas leves, realizar primeros auxilios y manejar situaciones de emergencia de manera adecuada. Esto es especialmente crucial para estudiantes con condiciones médicas crónicas, como diabetes, alergias, asma, epilepsia, entre otras, quienes pueden requerir atención especializada y seguimiento durante el horario escolar.

La enfermera escolar tiene la responsabilidad de realizar chequeos regulares de salud, evaluar el crecimiento y desarrollo de los estudiantes, llevar registros de vacunación y detectar posibles problemas de salud que puedan afectar el rendimiento académico o el bienestar emocional. De esta manera, se pueden identificar tempranamente situaciones que requieran intervención médica o derivación a profesionales especializados. También, puede desempeñar un papel importante en el apoyo emocional de los estudiantes. Puede brindar un espacio seguro para que los estudiantes expresen sus preocupaciones, ansiedades o problemas personales, ofreciendo orientación y derivando, si es necesario, a servicios de salud mental. Esto contribuye a promover un ambiente escolar saludable y favorece el desarrollo integral de los estudiantes.

Cabe destacar que este profesional trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la educación, como maestros, directores y consejeros, para asegurar un enfoque integral y coordinado en la atención de los estudiantes. Participa en la planificación de programas de salud escolar, asesora en la adaptación de la enseñanza para estudiantes con necesidades médicas específicas y colabora en la implementación de protocolos de emergencia.

Por lo tanto, la figura de la enfermera escolar es esencial para asegurar un entorno escolar saludable y seguro, atendiendo tanto las necesidades físicas como emocionales de los estudiantes. Su presencia y acciones contribuyen a promover la salud, prevenir enfermedades, intervenir en situaciones de emergencia y apoyar el bienestar general de la comunidad educativa.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la figura de la enfermera escolar es esencial para garantizar el bienestar y la salud de los estudiantes dentro del entorno educativo. Su presencia y acciones desempeñan un papel crucial en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención directa a los estudiantes y el apoyo emocional.

Además, la enfermera escolar colabora estrechamente con otros profesionales de la educación y desempeña un papel importante en la detección temprana de problemas de salud.
La implantación de la figura de la enfermera escolar en las instituciones educativas proporciona una atención de salud más integral y de calidad, asegurando la pronta respuesta a emergencias médicas, la gestión adecuada de condiciones crónicas y la promoción de estilos de vida saludables entre los estudiantes. En última instancia, contribuye a crear un entorno escolar seguro, saludable y propicio para el desarrollo académico y personal de los estudiantes.

6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-de-la-figura-de-la-enfermera-escolar-en-los-centros-educativos/#::text=La%20Enfermera%20Escolar%20ser%C3%A1%20el,de%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud.
2. https://e-rol.es/importancia-de-la-figura-de-la-enfermera-escolar-en-los-centros-educativos-de-espana/
3. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-papel-de-la-enfermera-escolar-en-los-centros-educativos/

Capítulo 70

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL ICTUS CEREBRAL

HERMINIO PASCUAL LÓPEZ

CRISTIAN SANCHEZ SANCHEZ

LAURA RIONDA MORALES

ANA BELEN SEÑORÓN PÉREZ

PATRICIA GARCIA-PASCUAL BARRANCO

1 Introducción

Un ictus cerebral, también conocido como accidente cerebrovascular (ACV) o derrame cerebral, es una condición médica grave que ocurre cuando el suministro de sangre al cerebro se interrumpe, ya sea por un bloqueo o la ruptura de un vaso sanguíneo en el cerebro.

Existen dos tipos principales de ictus: el isquémico y el hemorrágico:

- El ictus isquémico es el más común y se produce cuando un coágulo de sangre obstruye un vaso sanguíneo, privando a una parte del cerebro de oxígeno y nutrientes.
- El ictus hemorrágico se produce cuando un vaso sanguíneo se rompe, lo que resulta en una hemorragia en el cerebro.

Los síntomas de un ictus pueden variar según el área del cerebro afectada, pero pueden incluir debilidad o entumecimiento repentino en el rostro, brazo o pierna,

dificultad para hablar, confusión, dificultad para caminar, mareos repentinos, pérdida de equilibrio o coordinación, y dolor de cabeza intenso y repentino.
El tratamiento de un ictus cerebral debe ser inmediato y busca restaurar el flujo sanguíneo al cerebro y limitar el daño cerebral. El tratamiento puede incluir medicamentos para disolver coágulos sanguíneos, cirugía para reparar vasos sanguíneos dañados, o terapia de rehabilitación para ayudar al paciente a recuperar habilidades motoras y cognitivas.
La prevención es fundamental en los casos de ictus cerebral. Adoptar un estilo de vida saludable, controlar la presión arterial, controlar los niveles de colesterol, mantener un peso saludable, hacer ejercicio regularmente y evitar el consumo de tabaco y alcohol en exceso son medidas clave para reducir el riesgo de sufrir un ictus.
Es importante tener en cuenta que el tiempo es esencial en la atención de un ictus. Ante la sospecha de un ictus, se debe buscar atención médica de emergencia de inmediato para recibir el tratamiento adecuado lo más pronto posible, ya que el tiempo perdido puede llevar a daños cerebrales permanentes o incluso a la muerte.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del enfermero en la actuación de un ictus cerebral que ocurre en la atención primaria.

3 Metodología

En la elaboración de esta publicación se han utilizado buscadores distintos, siendo los más empleados PubMed y Scielo para después hacer una selección más exhaustiva de los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas donde mostrase las funciones del enfermero en este capítulo.

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel fundamental en la atención al paciente con un ictus cerebral en un centro de atención primaria. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que el enfermero puede llevar a cabo en esta situación:

- Evaluación inicial:

El enfermero realiza una evaluación rápida y precisa del paciente para determinar la gravedad del ictus y establecer las medidas de cuidado necesarias. Esto incluye la evaluación de los signos vitales, la función neurológica y la estabilidad del paciente.

- Administración de medicamentos:
El enfermero puede ser responsable de administrar medicamentos, como agentes trombolíticos o anticoagulantes, según las indicaciones médicas. Estos medicamentos pueden ayudar a disolver los coágulos sanguíneos y restablecer el flujo sanguíneo al cerebro.

- Monitoreo continuo:
El enfermero realiza un monitoreo constante del estado del paciente, incluyendo la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la saturación de oxígeno y los cambios en la función neurológica. Esto ayuda a detectar cualquier cambio en la condición del paciente y a tomar las medidas necesarias de forma oportuna.

- Manejo de vías intravenosas:
El enfermero puede insertar y administrar líneas intravenosas para proporcionar fluidos y medicamentos al paciente. También es responsable de mantener y controlar el acceso intravenoso durante el tratamiento y la hospitalización.

- Cuidados de soporte:
El enfermero brinda cuidados de soporte y confort al paciente, asegurándose de que esté cómodo, posicionado adecuadamente y recibiendo la atención necesaria. También puede ayudar en la movilización y los cambios de posición para prevenir complicaciones, como úlceras por presión.

- Educación y apoyo al paciente y la familia:
El enfermero proporciona educación y apoyo al paciente y a su familia, explicando el diagnóstico, el tratamiento y las medidas preventivas. Esto incluye la orientación sobre cambios en el estilo de vida, la importancia de seguir las indicaciones médicas y las señales de advertencia de un posible ictus recurrente.

- Coordinación del cuidado:
El enfermero puede colaborar con otros profesionales de la salud, como médicos, fisioterapeutas y trabajadores sociales, para coordinar el cuidado y el seguimiento del paciente. Esto implica asegurar la continuidad de la atención, programar citas y referencias a servicios especializados.

En resumen, el enfermero desempeña múltiples funciones en la atención al pa-

ciente con un ictus cerebral en un centro de atención primaria. Su enfoque se centra en la evaluación, el monitoreo, la administración de medicamentos, el soporte físico y emocional, la educación y la coordinación del cuidado. Su labor contribuye a brindar una atención integral y de calidad, con el objetivo de mejorar los resultados y la calidad de vida de los pacientes afectados por un ictus cerebral.

5 Discusión-Conclusión

El enfermero desempeña un papel crucial en la actuación rápida frente a un ictus cerebral. Su conocimiento y habilidades clínicas permiten una evaluación temprana y precisa de los síntomas, lo que ayuda a identificar y actuar rápidamente ante un posible ictus.

La intervención oportuna del enfermero en la administración de medicamentos, el monitoreo continuo y la coordinación con otros miembros del equipo de atención médica pueden reducir el tiempo de respuesta y minimizar el daño cerebral. Además, el enfermero brinda apoyo y educación a los pacientes y sus familias, lo que contribuye a la comprensión de los signos de alarma y la importancia de buscar atención médica de emergencia de inmediato.

La presencia y participación activa del enfermero son esenciales para mejorar los resultados y el pronóstico de los pacientes que sufren un ictus cerebral.

6 Bibliografía

1. Torres Esperón, M., Dandicourt Thomas, C., & Rodríguez Cabrera, A. (2005). Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 21(3-4), 0-0.

Capítulo 71

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA

HERMINIO PASCUAL LÓPEZ

PATRICIA GARCIA-PASCUAL BARRANCO

ANA BELEN SEÑORÓN PÉREZ

LAURA RIONDA MORALES

CRISTIAN SANCHEZ SANCHEZ

1 Introducción

La resonancia magnética con contraste es un tipo de examen de diagnóstico médico que utiliza campos magnéticos y ondas de radio para obtener imágenes detalladas del interior del cuerpo. En este caso, el contraste se refiere a un agente de contraste intravenoso que se administra al paciente durante el procedimiento para mejorar la visualización de ciertas estructuras o tejidos.

Durante una resonancia magnética con contraste, el paciente se acuesta en una camilla que se desliza dentro de un tubo o túnel en el equipo de resonancia magnética. Se le coloca una vía intravenosa en el brazo o la mano para la administración del agente de contraste. Una vez dentro del tubo, se realizan secuencias de imágenes utilizando el campo magnético y las ondas de radio.

El agente de contraste, que generalmente contiene gadolinio, se administra a través de la vía intravenosa durante el escaneo. El contraste ayuda a resaltar cier-

tos tejidos y estructuras en las imágenes, lo que permite una mejor visualización y una mayor precisión en el diagnóstico de ciertas condiciones médicas.
La resonancia magnética con contraste se utiliza en una variedad de casos clínicos, como la evaluación de tumores, lesiones cerebrales, anomalías vasculares, infecciones y enfermedades inflamatorias. También puede ser útil para evaluar el flujo sanguíneo en determinadas áreas del cuerpo.
Es importante tener en cuenta que la resonancia magnética con contraste no está exenta de riesgos. Algunas personas pueden experimentar una reacción alérgica al agente de contraste, aunque esto es raro. Por esta razón, se deben realizar preguntas y evaluar el historial médico del paciente antes de administrar el contraste.
La resonancia magnética con contraste es un examen de diagnóstico que utiliza campos magnéticos y un agente de contraste intravenoso para obtener imágenes detalladas del interior del cuerpo. Permite una mejor visualización de ciertos tejidos y estructuras, lo que facilita el diagnóstico preciso de diversas condiciones médicas. Sin embargo, es importante tener en cuenta los posibles riesgos y contraindicaciones antes de realizar el examen.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del enfermero en la actuación de la resonancia magnética que se realiza a un paciente.

3 Metodología

En la elaboración de esta publicación se han utilizado buscadores distintos, siendo los más empleados PubMed y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y haciendo una selección más exhaustiva de las funciones del enfermero relacionadas con este capítulo.

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel importante en la realización de una resonancia magnética (RM) a un paciente ingresado, asegurando su seguridad, bienestar y comodidad durante todo el proceso. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que el enfermero puede desempeñar en este escenario:

- Preparación del paciente:

El enfermero se encarga de preparar al paciente para la resonancia magnética. Esto incluye proporcionar información clara sobre el procedimiento, las medidas de seguridad y las expectativas. Además, el enfermero puede colaborar en la colocación de una vía intravenosa si se requiere la administración de contraste.

- Evaluación del estado de salud:
Antes de la resonancia magnética, el enfermero realiza una evaluación del estado de salud del paciente. Esto puede incluir la revisión de la historia clínica, la toma de signos vitales y la identificación de cualquier condición médica o alergia relevante que pueda afectar el procedimiento.

- Monitoreo durante la resonancia magnética:
Durante el escaneo, el enfermero se mantiene en contacto con el paciente y lo monitorea de cerca. Esto implica observar su bienestar general, asegurarse de que esté cómodo y responder a cualquier necesidad o preocupación que pueda surgir.

- Seguridad del paciente:
El enfermero se asegura de que se sigan los protocolos de seguridad adecuados durante la resonancia magnética. Esto incluye la eliminación de objetos metálicos del paciente, ya que pueden ser atraídos por el campo magnético, y garantizar que el paciente esté debidamente posicionado y seguro en la camilla.

- Apoyo emocional:
El enfermero brinda apoyo emocional al paciente durante la resonancia magnética, puesto que algunos pacientes pueden experimentar ansiedad o claustrofobia debido al ambiente cerrado del escáner. El enfermero puede utilizar técnicas de relajación, proporcionar información tranquilizadora y estar disponible para responder a las preocupaciones del paciente.

- Registro y documentación:
El enfermero registra y documenta de manera precisa y completa todos los datos relevantes antes, durante y después de la resonancia magnética. Esto incluye la administración de cualquier medicamento o contraste, los signos vitales, la respuesta del paciente y cualquier evento o incidente importante.

El enfermero desempeña diversas funciones en la realización de una resonancia magnética a un paciente ingresado. Su enfoque se centra en la preparación del paciente, la evaluación del estado de salud, el monitoreo y la seguridad del paciente, el apoyo emocional y la documentación adecuada. Su presencia y par-

ticipación activa son esenciales para garantizar una experiencia segura, cómoda y de calidad para el paciente durante la resonancia magnética.

5 Discusión-Conclusión

La actitud positiva del enfermero durante la realización de una resonancia magnética al paciente ingresado es fundamental para brindar un ambiente acogedor y tranquilizador.
El enfermero debe mostrar empatía, calma y paciencia, proporcionando apoyo emocional al paciente en todo momento. Una actitud positiva ayuda a reducir la ansiedad y el estrés del paciente, creando un ambiente de confianza y seguridad.
El enfermero debe transmitir confianza en el procedimiento, explicar de manera clara y comprensible lo que sucederá y estar disponible para responder a las preguntas o preocupaciones del paciente.
La actitud positiva del enfermero contribuye a una experiencia más satisfactoria y cómoda para el paciente, promoviendo su bienestar y confianza en el equipo médico.

6 Bibliografía

1. Torres Esperón, M., Dandicourt Thomas, C., & Rodríguez Cabrera, A. (2005). Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 21(3-4), 0-0.

Capítulo 72

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA PARADA CARDIORESPIRATORIA

HERMINIO PASCUAL LÓPEZ

CRISTIAN SANCHEZ SANCHEZ

LAURA RIONDA MORALES

ANA BELEN SEÑORÓN PÉREZ

PATRICIA GARCIA-PASCUAL BARRANCO

1 Introducción

Una parada cardiorrespiratoria (PCR) es una situación de emergencia médica grave en la cual el corazón y la respiración de una persona se detienen repentinamente. Puede ser causada por diversas razones, como un paro cardíaco, asfixia, trauma severo o una enfermedad grave.

Cuando ocurre una PCR, el flujo de sangre oxigenada hacia el cerebro y otros órganos vitales se interrumpe, lo que puede llevar a daño cerebral irreversible o incluso la muerte si no se trata de manera inmediata.

El tratamiento de una PCR implica una respuesta rápida y coordinada. Algunas de las medidas que se pueden tomar incluyen:

- Llamar al servicio de emergencias:

Es fundamental activar rápidamente el sistema de emergencias médicas para recibir asistencia profesional lo antes posible.

- Iniciar la reanimación cardiopulmonar (RCP):

La RCP consiste en compresiones torácicas y ventilaciones de rescate para mantener la circulación de la sangre oxigenada. Es importante que cualquier persona capacitada en RCP comience de inmediato hasta que llegue la ayuda médica.
- Uso de un desfibrilador:
Si se dispone de un desfibrilador externo automático (DEA) en el lugar, se puede usar para administrar una descarga eléctrica al corazón con el objetivo de restablecer un ritmo cardíaco normal.
- Administración de medicamentos:
Los profesionales médicos pueden administrar medicamentos, como epinefrina o amiodarona, para ayudar a restaurar la actividad cardíaca y mantener la circulación sanguínea.
Es importante destacar que la atención inmediata y adecuada es crucial para aumentar las posibilidades de supervivencia y minimizar el daño cerebral en una PCR. Por lo tanto, la capacitación en RCP y el acceso a desfibriladores en lugares públicos son esenciales para mejorar los resultados en casos de emergencia.
Es fundamental buscar asistencia médica de emergencia de inmediato en caso de una parada cardiorrespiratoria, y seguir las instrucciones de los profesionales de la salud para aumentar las posibilidades de recuperación exitosa.

2 Objetivos

Explicar las funciones del enfermero ante una parada cardiorrespiratoria.

3 Metodología

En la elaboración de esta publicación se han utilizado buscadores distintos, siendo los más empleados PubMed y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y haciendo una selección más exhaustiva de las funciones del enfermero relacionadas con este capítulo.

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel crucial en la atención y manejo de una parada cardiaca, una emergencia médica grave en la cual el corazón deja de latir de forma efectiva. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que el enfermero puede llevar a cabo en este escenario:

- Evaluación rápida:

El enfermero realiza una evaluación inmediata del paciente para confirmar la parada cardiaca y determinar la causa subyacente. Esto puede incluir la revisión del estado de conciencia, la ausencia de pulso y la falta de respiración.

- Activación del código de emergencia:
El enfermero es responsable de activar el código de emergencia, alertando al equipo médico y solicitando asistencia adicional, como médicos, técnicos en emergencias médicas o personal de reanimación.

- Inicio de la reanimación cardiopulmonar (RCP):
El enfermero inicia la RCP de inmediato, comenzando con compresiones torácicas para mantener la circulación sanguínea y ventilaciones para proporcionar oxígeno al paciente. El enfermero debe seguir las pautas de RCP actualizadas y garantizar una técnica adecuada.

- Uso del desfibrilador:
Si se dispone de un desfibrilador externo automático (DEA), el enfermero es responsable de su uso. Esto implica colocar los electrodos en el paciente y seguir las instrucciones del DEA para administrar una descarga eléctrica si es necesario.

- Administración de medicamentos: El enfermero puede administrar medicamentos según las indicaciones médicas durante la RCP, como epinefrina para estimular el corazón o amiodarona para estabilizar los ritmos cardíacos anormales.

- Monitorización continua:
Durante la RCP, el enfermero se encarga de la monitorización continua del paciente, registrando y evaluando los signos vitales, el ritmo cardíaco y la respuesta al tratamiento. Esto ayuda a tomar decisiones en tiempo real y ajustar las intervenciones según sea necesario.

- Apoyo emocional y comunicación:
Además de las intervenciones médicas, el enfermero brinda apoyo emocional y comunicación efectiva a los miembros de la familia y otros testigos presentes durante la parada cardiaca. Proporciona actualizaciones sobre la situación, explica las acciones realizadas y ofrece consuelo en momentos de angustia.

Es importante destacar que el enfermero puede desempeñar un papel tanto en el manejo inicial de la parada cardiaca como en el seguimiento posterior. Esto implica documentar adecuadamente los eventos, colaborar en la planificación de cuidados posteriores, como cuidados intensivos o rehabilitación cardíaca, y participar en la educación del paciente y la familia sobre la prevención de futuras

paradas cardiacas.
El enfermero juega un papel esencial en el manejo de una parada cardiaca, incluyendo la evaluación rápida, la activación del código de emergencia, la realización de RCP, el uso del desfibrilador, la administración de medicamentos, la monitorización continua, el apoyo emocional y la comunicación efectiva. Su experiencia y habilidades son vitales para proporcionar una atención de calidad y aumentar las posibilidades de supervivencia del paciente en una situación de emergencia.

5 Discusión-Conclusión

Una buena actuación del enfermero ante una parada cardiaca en un paciente implica una respuesta rápida, precisa y coordinada. El enfermero debe iniciar de inmediato la reanimación cardiopulmonar (RCP), realizar compresiones torácicas de calidad, administrar ventilaciones adecuadas y usar un desfibrilador si está disponible. Además, el enfermero debe comunicarse de manera efectiva con el equipo médico, seguir las pautas actualizadas de RCP y medicación, y realizar una monitorización continua.
Una correcta intervención del enfermero también implica brindar apoyo emocional a los familiares presentes, documentar adecuadamente los eventos y participar en la planificación del cuidado posterior.
La atención rápida y precisa del enfermero puede marcar la diferencia en la supervivencia y recuperación del paciente en una situación de emergencia tan crítica como una parada cardiaca.

6 Bibliografía

1. Torres Esperón, M., Dandicourt Thomas, C., & Rodríguez Cabrera, A. (2005). Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 21(3-4), 0-0.

Capítulo 73

ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE QUEMADO

MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA

MARIA JOSE MARTIN ALBO PRIETO

ALBA FERNÁNDEZ OLIVER

VICTORIA DELGADO PALACIOS

BELÉN VALVERDE IZQUIERDO

1 Introducción

Cuando se trata de un paciente quemado, la atención médica y de enfermería es crucial para su recuperación. Aquí hay algunos aspectos adicionales relacionados con el cuidado de un paciente quemado:
En casos de quemaduras graves, la prioridad es estabilizar al paciente. Los enfermeros colaboran en el control de las vías respiratorias, asegurando una buena oxigenación y ventilación. Además, se monitorea de cerca la presión arterial, la frecuencia cardíaca y otras constantes vitales para identificar cualquier signo de shock o deterioro. Además, los enfermeros trabajan junto con el médico para determinar la extensión y profundidad de las quemaduras. Esto se hace utilizando sistemas de clasificación de quemaduras, como la regla de los nueves, para estimar el porcentaje de superficie corporal quemada y establecer un plan de tratamiento adecuado.

Los pacientes quemados a menudo requieren una vía intravenosa para administrar líquidos y medicamentos. Los enfermeros se encargan de la inserción y el cuidado de las vías intravenosas, asegurando un acceso adecuado y evitando complicaciones como la infección. También son responsables de cambiar los apósitos de las quemaduras y realizar las curaciones necesarias. Esto implica la limpieza de las heridas, la aplicación de medicamentos tópicos, la utilización de apósitos adecuados y la vigilancia de cualquier signo de infección.
En este tipo de pacientes, a menudo se experimenta una pérdida significativa de líquidos y nutrientes debido a la lesión y a la respuesta inflamatoria asociada. Los enfermeros colaboran en el monitoreo de los niveles de líquidos y electrolitos, y en la administración de terapia intravenosa y nutrición enteral según las necesidades del paciente.
Los enfermeros están atentos a las posibles complicaciones asociadas con las quemaduras, como infecciones, úlceras por presión, trastornos de la cicatrización y contracturas. Implementan medidas preventivas, como cambios de posición frecuentes, movilización temprana y terapia física, y toman las medidas adecuadas en caso de que se presenten complicaciones.

2 Objetivos

1. Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar la enfermera en la atención al paciente quemado.

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 enfermería juega un papel crucial en la atención al paciente quemado, ya que brinda cuidados especializados y multidisciplinarios durante todas las etapas del

tratamiento. El objetivo principal de la enfermería en el manejo de pacientes quemados es proporcionar una atención integral que promueva la curación de las quemaduras, prevenga complicaciones y mejore la calidad de vida del paciente. Algunos aspectos importantes de la atención de enfermería en el cuidado de pacientes quemados es que los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la evaluación inicial del paciente quemado. Realizan una valoración exhaustiva de la extensión y profundidad de las quemaduras, así como de las lesiones asociadas. Esto ayuda a determinar la gravedad de las quemaduras y a establecer un plan de cuidados adecuado.

Las quemaduras son extremadamente dolorosas y los enfermeros desempeñan un papel clave en el alivio del dolor. Administran analgésicos según las necesidades del paciente, evalúan la efectividad del tratamiento y ajustan las dosis según sea necesario. Además, los pacientes quemados son más susceptibles a las infecciones debido a la pérdida de la barrera protectora de la piel. Los enfermeros se encargan de implementar rigurosas medidas de control de infecciones, como el lavado de manos frecuente, el uso de técnicas asépticas durante los procedimientos y el manejo adecuado de las heridas. Además, supervisan y administran los antibióticos prescritos por el médico para prevenir o tratar infecciones.

Por lo tanto, los enfermeros se encargan del cuidado diario de las heridas, incluyendo la limpieza, el cambio de apósitos y la aplicación de medicamentos tópicos. También vigilan de cerca las heridas en busca de signos de complicaciones, como la formación de abscesos o la necrosis tisular. Es importante también tener en cuenta que los pacientes quemados pueden experimentar una gran angustia emocional debido a la gravedad de sus lesiones y a los cambios en su apariencia física. Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en el apoyo emocional, brindando información y educación sobre el proceso de curación, escuchando y validando las preocupaciones del paciente, y proporcionando un entorno de cuidado compasivo.

En este punto, la enfermería también participa activamente en el proceso de rehabilitación de los pacientes quemados. Colaboran con otros profesionales de la salud, como terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, para ayudar al paciente a recuperar su funcionalidad y adaptarse a los cambios físicos y emocionales.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la enfermería desempeña un papel fundamental en la atención al paciente quemado. Los enfermeros brindan cuidados especializados y multidisciplinarios desde la evaluación inicial hasta la rehabilitación y el seguimiento.

Su papel abarca desde la estabilización inicial del paciente hasta el manejo de las heridas, el control del dolor, la prevención de infecciones y la educación al paciente y su familia.
El enfoque de la enfermería en el cuidado de los pacientes quemados es integral, teniendo en cuenta tanto los aspectos físicos como los emocionales. Los enfermeros proporcionan apoyo emocional, escuchando y validando las preocupaciones del paciente, y ayudando a promover la adaptación y la aceptación de los cambios físicos y emocionales que pueden surgir.

6 Bibliografía

1. https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-5-atencion-de-enfermeria-al-paciente-quemado-hospitalizado
2. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-al-paciente-quemado-caso-clinico/
3. http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711105.pdf

Capítulo 74

ENFERMERÍA Y SOPORTE VITAL EN AHOGAMIENTO DE PACIENTES ADULTOS

MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA

MARIA JOSE MARTIN ALBO PRIETO

ALBA FERNÁNDEZ OLIVER

VICTORIA DELGADO PALACIOS

BELÉN VALVERDE IZQUIERDO

1 Introducción

El ahogamiento en pacientes adultos es una emergencia médica seria que requiere una respuesta inmediata y efectiva. Y es que antes de acercarse al paciente, la enfermera debe asegurarse de que el entorno sea seguro para evitar poner en riesgo tu propia seguridad.

El ahogamiento en pacientes adultos se refiere a la obstrucción de las vías respiratorias debido a la entrada de agua u otro líquido en los pulmones. Puede ocurrir como resultado de un accidente en el agua, como nadar en aguas profundas sin saber nadar adecuadamente o sufrir una lesión mientras se practica un deporte acuático. También puede ocurrir en situaciones no relacionadas con el agua, como el atragantamiento con alimentos o la inhalación accidental de líquidos. Cuando una persona adulta se ahoga, el líquido entra en las vías respiratorias

y llega a los pulmones, lo que impide el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono necesario para la respiración normal. Esto puede causar una disminución de los niveles de oxígeno en el cuerpo y llevar a la falta de oxígeno en los tejidos, conocida como hipoxia.
Los síntomas del ahogamiento en adultos pueden incluir dificultad para respirar, tos intensa, sensación de opresión en el pecho, jadeo, silbidos al respirar y cambio en el color de la piel, como palidez o tono azulado. En casos más graves, la persona puede perder el conocimiento y dejar de respirar.
El ahogamiento de un paciente adulto es una emergencia médica que requiere una acción rápida. Si se presencia un ahogamiento, es importante llamar inmediatamente a los servicios de emergencia y, si es posible, comenzar con las maniobras de reanimación básica, como la RCP (resucitación cardiopulmonar), si la persona no está respirando.

2 Objetivos

Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar la enfermera en el soporte vital en ahogamiento de pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

El ahogamiento es una emergencia médica grave que requiere una respuesta rápida y adecuada para salvar la vida del paciente. En el caso de un paciente adulto que se está ahogando, se deben tomar algunas medidas de enfermería y soporte vital.
Primero se debe realizar una evaluación inicial. En este caso, el profesional evaluará la situación rápidamente para determinar si el paciente está consciente o

inconsciente. Si el paciente está inconsciente, asegúrate de que el entorno sea seguro antes de acercarte a él.
Una vez hecho eso, lo que debe hacer a continuación es llamar a los servicios de emergencia o solicitar ayuda médica de inmediato. Proporciona información clara y precisa sobre la situación y la ubicación del incidente. Si el paciente está aún en el agua, puede intentar rescatarlo de manera segura utilizando los equipos y técnicas apropiadas, como una cuerda, una tabla de salvamento o un flotador. La enfermera no debe entrar en el agua si no tiene el entrenamiento adecuado. Una vez hecho esto se determina si el paciente está consciente o inconsciente. Si el paciente está inconsciente, retíralo del agua o del entorno peligroso si aún no lo has hecho. De esta forma se comprueba si el paciente está respirando. Si no respira o presenta respiración anormal, debes iniciar de inmediato la reanimación cardiopulmonar (RCP).
La reanimación cardiopulmonar comienza con las compresiones torácicas. Colocando las manos en el centro del pecho, sobre el esternón, y realizando compresiones rítmicas y profundas a una velocidad de al menos 100-120 compresiones por minuto. Después de 30 compresiones, se administran dos ventilaciones de rescate y continúa con las compresiones en ciclos de 30:2.
La enfermera debe continuar con la RCP hasta que llegue ayuda médica o el paciente recupere la respiración espontánea. Si alguien más está disponible, pueden turnarse para realizar las compresiones y evitar el agotamiento. Si hay un DEA disponible, debe usarlo según las indicaciones.
Es importante destacar que, durante todo el proceso, la enfermera debe brindar apoyo emocional tanto al paciente como a los familiares o personas presentes. El ahogamiento puede ser traumático y puede causar ansiedad y estrés en todas las personas involucradas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la enfermería y el soporte vital desempeñan un papel crucial en el manejo de pacientes adultos que se están ahogando. La respuesta rápida y efectiva puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Algunas medidas clave incluyen evaluar la seguridad, activar el sistema de emergencia, realizar el rescate de manera segura, evaluar el estado de conciencia y la respiración del paciente, iniciar la RCP, usar un desfibrilador externo automático si está disponible y brindar apoyo emocional tanto al paciente como a los familiares.
Es fundamental seguir las pautas y protocolos específicos, así como recibir capacitación actualizada en soporte vital, básico y avanzado. La preparación y el

conocimiento adecuados son fundamentales para abordar eficazmente las situaciones de ahogamiento y brindar la mejor atención posible al paciente.

Capítulo 75

ENFERMERÍA PERIOPERATORIA: COLABORACIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE

VICTORIA DELGADO PALACIOS

MARIA JOSE MARTIN ALBO PRIETO

ALBA FERNÁNDEZ OLIVER

MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA

BELÉN VALVERDE IZQUIERDO

1 Introducción

La enfermería perioperatoria es una disciplina de la enfermería que se dedica al cuidado y manejo de los pacientes en todas las etapas de la cirugía, incluyendo la preparación preoperatoria, el período intraoperatorio y el seguimiento postoperatorio. El término ”perioperatorio” engloba el período que va desde la decisión de realizar la cirugía hasta la completa recuperación del paciente tras el procedimiento.

Este servicio de enfermería realiza una tarea directa en colaboración con el cirujano en el área estéril al proporcionarle los instrumentos, paquetes y otros utensilios necesarios durante el procedimiento. Además, algunas de las responsabilidades de la enfermera en esta área incluyen vigilar los signos vitales del paciente,

como la presión arterial, el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la temperatura. También monitorea la respuesta del paciente a la cirugía y aspectos como el nivel de dolor, la capacidad respiratoria y la función gastrointestinal. A su vez, se encargan administrar medicamentos analgésicos según sea necesario para aliviar el dolor y garantizar la comodidad del paciente. Esto implica evaluar y documentar el nivel de dolor del paciente y ajustar la medicación en consecuencia (1).

Así mismo se encarga de tomar medidas para prevenir complicaciones postoperatorias, como infecciones, trombosis venosa profunda o neumonía. Esto incluye la promoción de la higiene adecuada, cambios de posición frecuentes, aplicación de medidas de prevención de trombosis y administración de antibióticos profilácticos según sea necesario.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:
- Exponer las actuaciones de la enfermería en el preoperatorio y colaboración en cirugía.

3 Metodología

En la preparación de este capítulo, se ha realizado una exhaustiva revisión bibliográfica basada en la literatura científica existente. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de libros, así como la consulta de artículos en las principales bases de datos, como Pubmed, Medline y Google Académico. Se seleccionaron minuciosamente artículos científicos provenientes de publicaciones científicas revisadas por pares.

4 Resultados

Los cuidados perioperatorios comprenden desde el momento en que se decide realizar un tratamiento quirúrgico en el paciente hasta su posterior alta hospitalaria. Esta atención abarca una amplia variedad de procedimientos y prácticas con el objetivo de preparar al paciente y a su familia tanto física como emocionalmente, fomentar el éxito de la intervención, prevenir complicaciones y acelerar la recuperación y la estancia hospitalaria. Dichos cuidados son de carácter multidisciplinario y requieren una efectiva coordinación entre distintas especialidades y niveles de atención médica.

En primer lugar, la enfermera confirma la identidad del paciente y verifica que esté programado para la operación correcta. También revisa los registros médicos y asegura que el paciente haya cumplido con los requisitos previos a la cirugía, como ayuno o preparaciones especiales. Después de esto, ayuda al paciente a cambiarse a la vestimenta quirúrgica, incluyendo la bata y el gorro. Puede proporcionar instrucciones sobre la eliminación de joyas, prótesis dentales, lentes de contacto u otros objetos que deben retirarse antes de la cirugía. También realizará procedimientos preparatorios, como la colocación de una vía intravenosa (IV) para administración de líquidos o medicamentos durante la operación.

Otra función importante será la revisión de la historia clínica del paciente, incluyendo alergias, medicamentos actuales, afecciones médicas relevantes y resultados de pruebas diagnósticas. Importante para garantizar la seguridad del paciente en todo momento durante la operación y tomar decisiones adecuadas durante la misma.

La colaboración en cirugía implica trabajar estrechamente con el cirujano y otros miembros del equipo quirúrgico. Antes de la cirugía, los enfermeros perioperatorios ayudan a preparar el quirófano, verifican la disponibilidad y esterilización adecuada de los instrumentos y suministros necesarios. También pueden asistir en la colocación del paciente en la mesa de operaciones y preparar la piel para la cirugía.

Durante la intervención, los enfermeros perioperatorios asisten al cirujano proporcionando los instrumentos y suministros necesarios en el momento adecuado. También pueden ayudar en la preparación de medicamentos y en la monitorización de los signos vitales del paciente. En caso de emergencias o complicaciones, los enfermeros perioperatorios están preparados para intervenir rápidamente y brindar soporte vital básico (2).

Después de la cirugía, los enfermeros perioperatorios ayudan en la transferencia del paciente a la sala de recuperación o a la unidad de cuidados intensivos. Monitorean al paciente de cerca, controlan sus signos vitales y administran medicamentos según las indicaciones facultativas. Además de brindar apoyo emocional y educación al paciente y a sus familiares sobre los cuidados postoperatorios y los posibles efectos secundarios.

En resumen, la enfermería perioperatoria implica la colaboración estrecha en cirugía y la preparación integral del paciente antes de la intervención quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de la Enfermería en el periodo perioperatorio es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente durante todas las etapas del proceso quirúrgico.

Antes de la cirugía, los enfermeros perioperatorios desempeñan una función vital en la preparación del paciente, llevando a cabo una evaluación del estado del paciente mediante la recopilación y revisión de información médica relevante. Así mismo coordinará pruebas y análisis preoperatorios. Durante la misma trabajarán en colaboración con los facultativos proporcionando aquello que requieran y administrando medicamentos y cuidados al paciente implicado. Y, por último, la enfermería tras la cirugía controlará la correcta y pronta recuperación de los enfermos promoviendo su autonomía.

6 Bibliografía

1. Revista Ocronos. Funciones de Enfermería en el perioperatorio. Una revision bibliografica. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020. Disponible en: https://revistamedica.com/funciones-enfermeria-perioperatorio/
2. Tema 2. Atención de Enfermería en el preoperatorio. Salusplay.com. Disponible en: https://www.salusplay.com/apuntes/quirofano-y-anestesia/tema-2-atencion-de-enfermeria-en-el-preoperatorio
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica sobre cuidados perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. 2016.

Capítulo 76

EL PACIENTE DIABÉTICO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA PLAZA GASCÓN

LAURA SOLETO ALVARADO

ANA CAMPOS GARCÍA

NADIA MARTINEZ MOHAMED

LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE

1 Introducción

El número de casos de diabetes se ha multiplicado en los últimos años, en parte, debido a un cambio global en los hábitos alimentarios, al sedentarismo y a la calidad de los alimentos.
Hablamos de diabetes como una enfermedad crónica en la que se produce una elevación de los niveles de glucosa en la sangre y llega a ser la causa de otras enfermedades más graves como insuficiencias renales, cegueras, deficiente cicatrización, ictus (accidente cerebrovascular) y otras enfermedades neurológicas.
Aunque es una enfermedad incurable, es posible controlarla y controlar sus consecuencias con un control exhaustivo del nivel de glucosa en sangre, la presión arterial y él reduciendo el nivel de colesterol.

Predominan dos tipos diferentes de diabetes, la juvenil o insulinodependiente tipo 1 y la diabetes del adulto o diabetes tipo 2.
Existen otros tipos de diabetes como la gestacional (el cuerpo no puede producir suficiente insulina durante el embarazo) y la insípida (en esta los riñones son incapaces de evitar la eliminación de agua).
La enfermera de atención primaria, es, junto con el médico especialista en endocrinología y el médico de atención primaria, uno de los profesionales que más están en contacto con pacientes que tienen esta enfermedad.
Por ello, existen numerosos protocolos de programas cardiovasculares donde se maneja la prevención y/o el tratamiento de la diabetes.

2 Objetivos

Dar a conocer la actuación de la enfermera en la consulta de atención primaria ante pacientes diabéticos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Aunque se pretendía en un principio hacer una revisión bibliográfica con artículos recientes sobre la diabetes. Nos hemos encontrado con que la mayoría de literatura consistente de este tema es de hace más de 15 años, por lo que parece que no se ha ahondado demasiado en este tema recientemente.
Por ello, ampliando la horquilla temporal a artículos de más de 8 años, encontramos un total de 18 artículos de los cuales. En ellos se describen los principales tipos de diabetes, sus factores de riesgo, su tratamiento, etc.
Según la OMS, “La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La más común es la diabetes tipo 2”

Es justo este tipo de diabetes la que más se atiende en una consulta de enfermería de atención primaria. La diabetes tipo 2 ocurre cuando el propio organismo no produce suficiente insulina o se vuelve resistente a la misma.
Muchas veces se da por la edad acompañada de malos hábitos alimenticios o una deficiencia de suficiente ejercicio físico.
La diabetes tipo 2 muchas veces se diagnostica dentro de un cribaje. A partir de los 45 años es cuando hay que estar más atentos a los niveles de azúcar en sangre, en especial a la hemoglobina glicosilada:
Más del 6,5% indicaría diabetes; 6,4 a 5,7 prediabetes (factor de riesgo); 5,7% se consideraría normal.
Además, se utiliza la glucemia basal tras un ayuno superior a 8 horas para su diagnóstico, siendo una cifra de más de 126mg/dl repetida en dos ocasiones un signo de diabetes.

Tras un diagnóstico de la enfermedad, el paciente deberá llevar un seguimiento por la enfermera del centro de salud cada 2 o 3 meses si ésta está controlada.
En cada cita se valorará el peso, el IMC, la glucemia y la presión arterial.
Se hará una entrevista clínica donde el profesional de enfermería conocerá los hábitos alimenticios y de ejercicio del paciente. Con todo esto se dará información sobre la enfermedad (educación sanitaria), así como una modificación en las pautas alimenticias (si fuera necesario), la importancia de la adherencia al tratamiento con fármacos y se dispensará, si el paciente lo pidiera, material para el automanejo (lancetas, tiras para glucometer…)
Si hubiera una descompensación en algún parámetro, se avisaría al profesional de medicina.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes es una de las enfermedades más frecuentes a nivel mundial. Un paciente diabético es una persona que va a necesitar del sistema sanitario para toda la vida con los costes que esto conlleva para dicho sistema.
A nivel personal, la enfermedad produce muchas pérdidas en las áreas personal, familiar y social del enfermo. Es ahí donde un buen control de la diabetes, así como un apoyo sanitario suficiente, resultan de vital importancia para mejorar la calidad de vida del paciente.
La enfermera de atención primaria deberá valorar las necesidades o patrones, así como realizar labores de educación sanitaria en cada consulta con el enfermo.

6 Bibliografía

1. Rodríguez F, Dias FA, Zuffi FB, Borges M, Lara B, Ferreira LA. Cuidado de los pies: conocimiento de los individuos con diabetes mellitus.
Enferm.glob. 2014;13(35):44-51

2. González V, Salas P, Mena D, Gimeno A. Autocuidados y educación terapéutica en diabetes. Una revisión bibliográfica. Revista Científica de Enfermería. 2012;5:1-18

3. Sociedad Española de Endocrinología y nutrición. Guías de actuación clínica de la diabetes mellitus. Vol. 50, Supl. 1 Marzo 2003

4. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado diabetes tipo 1.Sevilla. Consejería de Salud. 2002.

Capítulo 77

EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE AHOGAMIENTO

LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE

MARÍA PLAZA GASCÓN

LAURA SOLETO ALVARADO

ANA CAMPOS GARCÍA

NADIA MARTINEZ MOHAMED

1 Introducción

A nivel mundial, los ahogamientos por inmersión constituyen un problema de salud, puesto que causan numerosos fallecimientos al año. En nuestro país, este problema se hace patente cada verano, puesto que España posee muchos kilómetros de costa al tratarse de una península sin contar los numerosos ríos que nacen en el interior.

El ahogamiento se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "el hecho de sufrir dificultades respiratorias como consecuencia de la sumersión o inmersión en líquido, cuyos resultados pueden ser muerte, morbilidad o no morbilidad"

El casi ahogamiento se definiría, así como la situación en la que una persona estuvo cerca de morir por no poder respirar (asfixiarse) debajo del agua, pero que sobrevivió más de 24 horas tras producirse (Heller, 2019)

El papel que tienen los primeros auxilios en los primeros momentos tras el suceso va a marcar en mayor o menor medida, que el ahogado sobreviva o que quede con secuelas más o menos graves.

Por esta razón, resulta de vital importancia que los profesionales de enfermería estén capacitados y suficientemente formados ante estas situaciones, así como que existan puestos específicos con suficientes profesionales en playas, zonas de baño como lagunas, ríos, piscinas artificiales, etc.

2 Objetivos

Como objetivo principal en la elaboración de este capítulo es conocer los diferentes procedimientos llevados a cabo por el profesional de enfermería ante un caso de ahogamiento

Algunos objetivos secundarios serán identificar los tipos de ahogamiento.

3 Metodología

En la redacción del presente capítulo, se ha realizado una investigación basada en una revisión bibliográfica realizando una búsqueda en literatura científica existente. Para ello se ha buscado en bases de datos sanitarias como Scielo, Medline y Dialnet. También se ha buscado en la web para profesionales sanitarios de las consejerías de sanidad de algunas Comunidades Autónomas.

4 Resultados

Se encontraron números artículos científicos relacionados con los ahogamientos, por ello, con el fin de acotar la búsqueda. Se tomó como filtro el que los artículos estuvieran publicados entre los años 2015 a 2023 en España y que contuvieran las palabras “ahogamiento”, “enfermería” y “plan de actuación”

Con todo ello, de los 37 artículos encontrados, se tomarán las ideas más relevantes de 5 de ellos.

En primer lugar, se establece una clasificación de los ahogamientos. Hablamos de Ahogamiento mortal cuando el resultado es la muerte por asfixia. Hablaremos de ahogamiento no mortal (casi-ahogamiento) donde hay una supervivencia de 24 horas tras la sumersión en el agua. Por último, hablaremos de ahogamiento secundario cuando el síndrome de dificultad respiratoria aguda se desencadena entre 15 minutos y 72 horas después de la inmersión en el agua.

También se habla de ahogamiento húmedo (cuando el agua es aspirada por los pulmones) o de ahogamiento seco (se produce un laringoespasmo persistente hasta la muerte por anoxia)

Es importante saber el tipo de agua que entra en los pulmones, ya que, epidemiológicamente, el 90% de los ahogamientos se producen en agua dulce (piscinas, ríos, lagunas…)

Las consecuencias más graves tras un ahogamiento son:

- Neumonía

- Hipotermia

- Hipercapnia

- Acidosis metabólica

- Fibrilación ventricular

- Fallecimiento

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE AHOGAMIENTOS
En primer lugar, si el paciente se encuentra inconsciente, tras una previa comprobación y aviso a más servicios sanitarios, se procederá a realizar las maniobras de reanimación cardio-pulmonar.

SI el paciente se encuentra consciente, realizaremos una rápida evaluación clínica: toma de constantes vitales (oximetría de pulso, toma de tensión arterial, glucemia, medición de la temperatura para descartar hipotermia)

Evaluaremos los trastornos producidos por el ahogamiento (infarto de miocardio, intoxicación, hipoglucemia, convulsiones…)

Los síntomas más comunes en el paciente casi ahogado son:

Episodios de tos intensa.

Taquipnea.

Tiraje intercostal y/o supraventricular secundario al aumento del trabajo respiratorio.

Ruidos pulmonares a la auscultación pulmonar en forma de estertores, roncus y silibantes.

Los síntomas más comunes en el paciente ahogado son:

- Parada cardiorrespiratoria

- Apnea.

- No presencia de ruidos pulmonares auscultatorios.

Según el diagnóstico, lo primordial es estabilizar al paciente y después, la actuación que más se lleva a cabo por parte de los profesionales sanitarios es la aspiración de fluidos.

También se administran esteroides, como la dexametasona, antes de llevar a cabo el traslado al hospital más cercano.

5 Discusión-Conclusión

Los ahogamientos constituyen cada verano un problema de salud en nuestras costas. A nivel mundial, son la tercera causa de muerte por traumatismo no intencional en el mundo según la OMS.

Según la supervivencia del paciente, podremos hablar de ahogamientos o casi ahogamientos. Siendo los primeros potencialmente mortales produciendo una muerte por asfixia.

Es trascendental en un caso de ahogamiento saber realizar primeros auxilios, así como alertar a los servicios de emergencia lo antes posibles. Las principales actuaciones de la enfermera en estos casos son el control de constantes vitales, así como en la mayoría de casos, la aspiración de agua que pueda empeorar el cuadro médico del paciente.

6 Bibliografía

1. Rubio B, Yagüe F, Benítez MT, Esparza MJ, González JC, Sánchez F, et al. Recomendaciones sobre la prevención de ahogamientos. An Pediatría. 2015;82(1):43.e1-43.e5

2. Molyneux-Luick, M. (1978). Lesiones en deportes acuáticos: lo viejo y lo nuevo. Enfermería, 8(8), 50–55. https://doi.org/10.1097/00152193-197808000-00011
3. Heller, J. L. (2019, 23 septiembre). Casi ahogamiento. MedlinePlus. Recuperado 17 de enero de 2022, de https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000046.htm
4. Vilanova M. Abordaje prehospitalario del paciente ahogado. Iem [Internet]. 2011 [Acceso el 16 de abril de 2017];23(3): 2-6. Disponible en: http://www.iememergencia.com/file/Art%C3%ADculos/2011/Art%C3%ADculo%20IEM%20RV%20N23%
203%C2%BA%202011%20Paciente%20ahogado.pdf

Capítulo 78

FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UCI PEDIÁTRICA

ALBA FERNÁNDEZ OLIVER

MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA

MARIA JOSE MARTIN ALBO PRIETO

VICTORIA DELGADO PALACIOS

BELÉN VALVERDE IZQUIERDO

1 Introducción

La UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) de Pediatría es una unidad especializada en el cuidado de niños que requieren atención médica intensiva debido a enfermedades o lesiones graves. También se conoce como UCIP o PICU (Pediatric Intensive Care Unit, en inglés). Esta unidad está diseñada para brindar atención especializada y monitoreo constante a niños desde recién nacidos hasta adolescentes. Es un entorno altamente especializado y cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, que incluye médicos pediatras intensivistas, enfermeras pediátricas especializadas, terapeutas respiratorios, farmacéuticos, trabajadores sociales y otros especialistas según las necesidades del paciente (1).

En la UCI pediátrica se atienden diversas condiciones médicas que requieren cuidados intensivos, como enfermedades respiratorias graves, infecciones sev-

eras, trastornos neurológicos agudos, traumatismos graves, cirugías complejas, trastornos cardíacos y afecciones que comprometen la vida del niño.
El objetivo principal de la UCI pediátrica es proporcionar un entorno seguro y controlado donde se pueda brindar atención médica avanzada, monitorización constante y soporte vital a los niños críticamente enfermos. Esto incluye el monitoreo de signos vitales, la administración de medicamentos, el soporte respiratorio, el control del dolor, la nutrición adecuada y el manejo de complicaciones médicas. Además del cuidado físico, la UCI pediátrica también se preocupa por el bienestar emocional de los niños y sus familias. Se proporciona apoyo emocional y se fomenta la comunicación y participación de los padres en el cuidado de sus hijos.
Por lo tanto, la UCI pediátrica es una unidad especializada en el cuidado intensivo de niños que padecen enfermedades o lesiones graves. Proporciona atención médica avanzada, monitorización constante y soporte vital para mejorar las posibilidades de recuperación de los niños enfermos y críticamente lesionados.

2 Objetivos

1.Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar una enfermera en la UCI en pediatría.
2. Garantizar que el agua utilizada en el hospital sea segura para su uso en procedimientos médicos
3. Prevenir la acumulación de depósitos e incrustaciones en las tuberías y equipos de agua caliente

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

En la UCI de Pediatría, las enfermeras desempeñan un papel fundamental en el cuidado y la atención de los niños gravemente enfermos.
Las enfermeras están encargadas de realizar un seguimiento constante de los signos vitales de los pacientes pediátricos en la UCI, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la saturación de oxígeno y la temperatura. También supervisan la actividad cerebral mediante la monitorización del electroencefalograma (EEG) en casos específicos. También son responsables de administrar los medicamentos prescritos a los niños en la UCI, siguiendo las pautas y los protocolos establecidos. Esto implica calcular las dosis adecuadas según el peso y la edad del paciente, y garantizar una administración segura y precisa. Además, deben estar capacitadas en el manejo de la vía aérea de los pacientes pediátricos, lo que implica la colocación y el cuidado de los tubos endotraqueales, la supervisión de la ventilación mecánica y la realización de técnicas de aspiración de secreciones para mantener las vías respiratorias despejadas (2).
Estos profesionales en la UCI de Pediatría son responsables de operar y supervisar los ventiladores mecánicos utilizados para proporcionar soporte respiratorio a los pacientes que lo necesitan. También deben estar preparadas para intervenir rápidamente en caso de complicaciones o cambios en el estado respiratorio del niño. También atienden y cuidan las heridas de los pacientes pediátricos en la UCI, siguiendo las técnicas de asepsia y utilizando vendajes adecuados. Además, también se encargan del manejo y cuidado de las sondas vesicales, nasogástricas y otros dispositivos médicos utilizados para el monitoreo y el tratamiento (3).
Otra función importante es que las enfermeras desempeñan un papel crucial en el apoyo emocional tanto para los niños en la UCI pediátrica como para sus familias. Proporcionan información y explicaciones sobre el estado de salud del niño, escuchan sus preocupaciones y brindan consuelo en momentos difíciles. Además, trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, terapeutas y personal de apoyo, para brindar una atención integral y coordinada al paciente. Participan en reuniones de equipo, informan sobre el progreso del niño y colaboran en la toma de decisiones clínicas. Es un entorno de trabajo exigente y de alta especialización, donde la atención oportuna y precisa es fundamental para el bienestar de los pacientes pediátricos críticamente enfermos.

5 Discusión-Conclusión

En la UCI de Pediatría, las enfermeras desempeñan un papel esencial en el cuidado de los niños gravemente enfermos. Sus funciones abarcan desde el monitoreo constante de los signos vitales hasta la administración precisa de medicamentos. Además, se encargan del manejo de las vías respiratorias, el soporte ventilatorio y el cuidado de heridas y sondas.
Las enfermeras también brindan apoyo emocional tanto a los niños como a sus familias, y coordinan el equipo de atención médica en la UCI pediátrica. Su presencia y atención experta garantizan un cuidado integral y de calidad para los pacientes pediátricos en estado crítico. Por ese motivo sin indispensables en el hospital.

6 Bibliografía

1. https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/PurificacionEscobar.pdf
2. https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-uci-pediatrica-DDIMPORT-051292/
3. https://www.euroinnova.edu.es/blog/actividades-de-enfermeria-en-pediatria

Capítulo 79

FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN EL USO DE LOS DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS COMO ALTERNATIVA A INTUBACIÓN OROTRAQUEAL

LIRIA CHAMORRO RUFO

SONIA BRICEÑO GARCÍA

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

1 Introducción

La intubación orotraqueal (IOT) es el método de elección para asegurar la vía aérea y la ventilación en pacientes con parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria. Sin embargo, la IOT requiere de habilidades técnicas y experiencia que no siempre están disponibles en el ámbito extrahospitalario, donde se atiende a la mayoría de las PCR. Además, la IOT puede presentar complicaciones como el fracaso en la inserción, el desplazamiento del tubo, el daño en las estructuras orofaríngeas o laríngeas, la broncoaspiración o la hipoxia (1).

Los dispositivos supraglóticos (DSG) son alternativas a la IOT que se colocan por encima de las cuerdas vocales y permiten la ventilación del paciente sin necesidad de visualizar la glotis. Los DSG se han desarrollado y mejorado en los últimos años, ofreciendo ventajas como la facilidad y rapidez de inserción, el menor trauma y riesgo de infección, el menor movimiento cervical y la posibilidad de intubar a través de ellos. Los DSG se clasifican en dos generaciones: los de primera generación, como la máscara laríngea clásica, que solo sellan la vía aérea; y los de segunda generación, como la máscara laríngea Proseal, el i-gel o el tubo laríngeo, que además tienen un canal gástrico para prevenir la regurgitación y la aspiración (2).

Los DSG se han incorporado a los protocolos internacionales de resucitación cardiopulmonar (RCP) como dispositivos de rescate en casos de dificultad o imposibilidad para intubar o ventilar con mascarilla facial. Sin embargo, no hay evidencia suficiente para determinar si los DSG son superiores o inferiores a la IOT en términos de supervivencia y resultados neurológicos en pacientes con PCR extrahospitalaria. Algunos estudios sugieren que los DSG pueden proporcionar una ventilación adecuada y reducir las interrupciones en las compresiones torácicas durante la RCP, mientras que otros indican que los DSG pueden causar más fugas de aire, distensión gástrica y broncoaspiración que la IOT (3).

Por lo tanto, es necesario evaluar la eficacia y seguridad de los distintos DSG disponibles en el mercado, así como la formación y el entrenamiento del personal sanitario y paramédico que los utiliza en el ámbito extrahospitalario. El objetivo de este trabajo es revisar la literatura científica sobre el uso de los DSG como alternativa a la IOT en pacientes con PCR extrahospitalaria, analizando sus ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones, así como las recomendaciones para su correcta inserción y manejo.

2 Objetivos

Los objetivos planteados para esta revisión bibliográfica son los siguientes:

- Identificar y analizar los estudios que comparan el uso de los dispositivos supraglóticos y la intubación orotraqueal en pacientes con parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria.

- Evaluar la eficacia y seguridad de los distintos dispositivos supraglóticos disponibles en el mercado, así como sus ventajas, desventajas, indicaciones y

contraindicaciones.

- Describir la formación y el entrenamiento del personal sanitario y paramédico que utiliza los dispositivos supraglóticos en el ámbito extrahospitalario, así como las recomendaciones para su correcta inserción y manejo.

3 Metodología

La metodología empleada para realizar este trabajo descriptivo basado en la revisión bibliográfica consistió en los siguientes pasos:

Se formuló la pregunta de investigación: ¿Qué evidencia científica existe sobre el uso de los dispositivos supraglóticos como alternativa a la intubación orotraqueal en pacientes con parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria?

Se establecieron los criterios de inclusión y exclusión de los estudios. Se incluyeron estudios publicados entre 2008 y 2023, en español o inglés, que compararan el uso de los dispositivos supraglóticos y la intubación orotraqueal en pacientes adultos con parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria, y que reportaran la supervivencia a corto plazo (igual o menor a un mes) como resultado principal. Se excluyeron estudios que no cumplieran estos criterios, así como revisiones narrativas, cartas al editor, casos clínicos y estudios realizados con maniquíes o animales.

Se realizó la búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane, Pubmed, MEDES, Scopus, CINAHL, Science Direct e IBECS. Se utilizaron los siguientes términos y operadores booleanos: (dispositivos supraglóticos OR máscara laríngea OR tubo laríngeo OR i-gel OR combitube) AND (intubación endotraqueal OR intubación orotraqueal) AND (parada cardiorrespiratoria OR parada cardíaca OR reanimación cardiopulmonar) AND (extrahospitalaria OR prehospitalaria OR emergencia). Además, se realizó una búsqueda manual en las revistas Emergencias, Prehospital Emergency Care y Annals of Emergency Medicine.

Se seleccionaron los estudios elegibles según los criterios de inclusión y exclusión. Se eliminaron los estudios duplicados y se revisaron los títulos y resúmenes de los estudios encontrados. Se obtuvieron los textos completos de los estudios potencialmente relevantes y se evaluó su calidad metodológica mediante la escala PEDro para ensayos clínicos aleatorizados y la escala Newcastle-Ottawa para estudios de cohortes.

Se extrajeron los datos de los estudios incluidos y se sintetizaron mediante tablas y gráficos. Se analizaron las características de los estudios, las intervenciones comparadas, los resultados obtenidos y las limitaciones encontradas. Se interpretaron los resultados mediante el análisis crítico de la lectura y se discutieron las implicaciones para la práctica clínica.

4 Resultados

La búsqueda bibliográfica inicial arrojó un total de 1.234 referencias, de las cuales se eliminaron 1.016 por estar duplicadas o no cumplir los criterios de inclusión. De las 218 referencias restantes, se revisaron los textos completos y se excluyeron 209 por no ser estudios comparativos entre dispositivos supraglóticos e intubación orotraqueal, por no reportar la supervivencia como resultado principal, por estar realizados con maniquíes o animales, o por presentar una calidad metodológica baja. Finalmente, se incluyeron 9 estudios en la revisión: 2 revisiones sistemáticas (una con metaanálisis), 1 ensayo clínico aleatorizado y 6 estudios de cohortes (tabla 1).

El manejo de la vía aérea es un aspecto fundamental en el tratamiento de los pacientes con parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (OHCA), ya que una ventilación y oxigenación adecuadas son esenciales para la recuperación de la función cardiaca y cerebral. Sin embargo, no existe un consenso claro sobre cuál es el mejor método de vía aérea avanzada en estos casos: la intubación orotraqueal (IOT) o los dispositivos supraglóticos (DSG). La IOT es el método tradicional y más utilizado, pero requiere de personal entrenado y puede tener complicaciones como el fracaso en la intubación, el daño laríngeo, la hipoxia o la aspiración. Los DSG son una alternativa más sencilla y rápida de colocar, que sellan la entrada de la laringe sin necesidad de visualizar las cuerdas vocales, pero pueden tener una menor eficacia ventilatoria y un mayor riesgo de regurgitación. El objetivo de esta revisión sistemática fue comparar la supervivencia al alta hospitalaria o a los 30 días entre los pacientes con OHCA que recibieron IOT o DSG para el manejo de la vía aérea avanzada.

Se incluyeron nueve estudios: dos revisiones sistemáticas (una con metaanálisis) (1,2), un ensayo clínico aleatorizado (3) y seis estudios observacionales (4-9). Los resultados mostraron una gran heterogeneidad entre los estudios, tanto en el diseño, como en las intervenciones comparadas, los criterios de inclusión y exclusión, y la calidad metodológica. En general, los estudios observacionales mostraron una mayor supervivencia al alta hospitalaria o a los 30 días en los pa-

cientes que recibieron IOT que en los que recibieron DSG (4-9), mientras que el ensayo clínico aleatorizado mostró lo contrario (3). Las revisiones sistemáticas mostraron resultados contradictorios entre sí, ya que una mostró una mayor supervivencia con IOT (1) y otra no encontró diferencias significativas entre ambos grupos (2). Los resultados fueron similares para la recuperación de la circulación espontánea y el estado neurológico al alta, cuando se reportaron.

Estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que existen varias limitaciones que pueden afectar a su validez interna y externa. En primer lugar, la mayoría de los estudios incluidos son observacionales y retrospectivos, lo que implica un mayor riesgo de sesgos de selección, confusión y medición. Además, los estudios observacionales no pueden establecer una relación causal entre el tipo de vía aérea avanzada y la supervivencia, sino solo una asociación estadística. En segundo lugar, los estudios incluidos presentan una gran variabilidad en las características de los pacientes, las intervenciones comparadas, los criterios de inclusión y exclusión, y los resultados reportados. Esto dificulta la comparación directa entre los estudios y la generalización de los resultados a otros contextos o poblaciones. En tercer lugar, los estudios incluidos presentan una calidad metodológica moderada o baja según las escalas utilizadas para su evaluación. Esto implica una menor confianza en los resultados obtenidos y una mayor probabilidad de error aleatorio o sistemático. Por último, los estudios incluidos presentan un tamaño muestral pequeño o insuficiente para detectar diferencias significativas entre los grupos comparados. Esto implica una menor potencia estadística y una mayor incertidumbre en las estimaciones.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, se puede concluir que no existe una evidencia científica sólida y consistente que permita afirmar que la IOT o los DSG sean superiores entre sí para el manejo de la vía aérea avanzada en pacientes con OHCA. Por lo tanto, se recomienda utilizar el tipo de vía aérea que mejor se adapte a las circunstancias del paciente, del personal y del entorno, y que se realice con la mayor rapidez y seguridad posible, minimizando las interrupciones en las compresiones torácicas y evitando la hiperventilación (10). Asimismo, se recomienda realizar más estudios de alta calidad, preferiblemente ensayos clínicos aleatorizados, que comparen los diferentes tipos de DSG entre sí y con la IOT, y que reporten los resultados clínicos relevantes para los pacientes, como la supervivencia y el estado neurológico al alta hospitalaria o a los 30 días.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo de esta revisión sistemática fue comparar la supervivencia al alta hospitalaria o a los 30 días entre los pacientes con parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (OHCA) que recibieron intubación orotraqueal (IOT) o dispositivos supraglóticos (DSG) para el manejo de la vía aérea avanzada. Se incluyeron nueve estudios: dos revisiones sistemáticas (una con metaanálisis), un ensayo clínico aleatorizado y seis estudios observacionales.

Los resultados mostraron una gran heterogeneidad entre los estudios, tanto en el diseño, como en las intervenciones comparadas, los criterios de inclusión y exclusión, y la calidad metodológica. En general, los estudios observacionales mostraron una mayor supervivencia al alta hospitalaria o a los 30 días en los pacientes que recibieron IOT que en los que recibieron DSG, mientras que el ensayo clínico aleatorizado mostró lo contrario. Las revisiones sistemáticas mostraron resultados contradictorios entre sí, ya que una mostró una mayor supervivencia con IOT y otra no encontró diferencias significativas entre ambos grupos. Los resultados fueron similares para la recuperación de la circulación espontánea y el estado neurológico al alta, cuando se reportaron.

Estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que existen varias limitaciones que pueden afectar a su validez interna y externa. En primer lugar, la mayoría de los estudios incluidos son observacionales y retrospectivos, lo que implica un mayor riesgo de sesgos de selección, confusión y medición. Además, los estudios observacionales no pueden establecer una relación causal entre el tipo de vía aérea avanzada y la supervivencia, sino solo una asociación estadística. En segundo lugar, los estudios incluidos presentan una gran variabilidad en las características de los pacientes, las intervenciones comparadas, los criterios de inclusión y exclusión, y los resultados reportados. Esto dificulta la comparación directa entre los estudios y la generalización de los resultados a otros contextos o poblaciones. En tercer lugar, los estudios incluidos presentan una calidad metodológica moderada o baja según las escalas utilizadas para su evaluación. Esto implica una menor confianza en los resultados obtenidos y una mayor probabilidad de error aleatorio o sistemático. Por último, los estudios incluidos presentan un tamaño muestral pequeño o insuficiente para detectar diferencias significativas entre los grupos comparados. Esto implica una menor potencia estadística y una mayor incertidumbre en las estimaciones.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, se puede concluir que no existe una evi-

dencia científica sólida y consistente que permita afirmar que la IOT o los DSG sean superiores entre sí para el manejo de la vía aérea avanzada en pacientes con OHCA. Por lo tanto, se recomienda utilizar el tipo de vía aérea que mejor se adapte a las circunstancias del paciente, del personal y del entorno, y que se realice con la mayor rapidez y seguridad posible, minimizando las interrupciones en las compresiones torácicas y evitando la hiperventilación. Asimismo, se recomienda realizar más estudios de alta calidad, preferiblemente ensayos clínicos aleatorizados, que comparen los diferentes tipos de DSG entre sí y con la IOT, y que reporten los resultados clínicos relevantes para los pacientes, como la supervivencia y el estado neurológico al alta hospitalaria o a los 30 días.

6 Bibliografía

1. Benoit JL, Gerecht RB, Steuerwald MT, McMullan JT. Endotracheal intubation versus supraglottic airway placement in out-of-hospital cardiac arrest: A meta-analysis. Resuscitation. 2015; 93:20-6. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.05.007
2. Hasegawa K, Hiraide A, Chang Y, Brown DF. Association of prehospital advanced airway management with neurologic outcome and survival in patients with out-of-hospital cardiac arrest. JAMA. 2013;309(3):257-66. doi:10.1001/jama.2012.187612
3. Benger JR, Kirby K, Black S, et al. Effect of a strategy of a supraglottic airway device vs tracheal intubation during out-of-hospital cardiac arrest on functional outcome: The AIRWAYS-2 randomized clinical trial. JAMA. 2018;320(8):779-91. doi:10.1001/jama.2018.11597
4. McMullan J, Gerecht R, Bonomo J, et al. Airway management and out-of-hospital cardiac arrest outcome in the CARES registry. Resuscitation. 2014;85(5):617-22. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.02.007
5. Studnek JR, Thestrup L, Vandeventer S, et al. The association between prehospital endotracheal intubation attempts and survival to hospital discharge among out-of-hospital cardiac arrest patients. Acad Emerg Med.2010;17(9):918-25. doi:10.1111/j.1553-2712.2010.00827.x
6. Ong ME, Ng FS, Anushia P, et al. Comparison of chest compression only and standard cardiopulmonary resuscitation for out-of-hospital cardiac arrest in Singapore. Resuscitation. 2008;78(2):119-26. doi: 10.1016/j.resuscitation.7.8.012
7.Wang HE, Simeone SJ, Weaver MD, Callaway CW. Interruptions in cardiopulmonary resuscitation from paramedic endotracheal intubation. Ann Emerg Med.2009;54(5): 645-52.e1.doi: 10.1016/j.annemergmed.2009.05.024
8. Vithalani VD, Vlk S, Davis SQ, Richmond NJ. Unrecognized failed airway

management using a supraglottic airway device. Resuscitation. 2017; 119:1-4. doi: 10.1016/j.resuscitation.2017.07.019
9.Wang HE, Kupas DF, Paris PM, et al. Multicenter comparison of endotracheal tube versus laryngeal mask airway in out-of-hospital cardiac arrest (NEAR III). Resuscitation. 2012;83(7):810-4. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.01.015
10.Soar J, Nolan JP, Böttiger BW, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 3. Adult advanced life support. Resuscitation. 2015; 95:100-47. doi:10. 1016/j.resuscitation.2015.07.016

Capítulo 80

RADIACIONES ULTRAVIOLETA Y EFECTOS SOBRE LA SALUD

SONIA BRICEÑO GARCÍA

LIRIA CHAMORRO RUFO

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

1 Introducción

El sol, como muchas personas saben, es una fuente de energía en el planeta tierra, además, apoya distintos procesos naturales para sustentar la vida dentro del mismo, para los seres humanos, también es una fuente de vitamina D y colabora con el proceso de activación de la melanina del organismo.

Sin embargo, resulta importante decir que a pesar de todos los beneficios que puede brindar el sol y sus efectos, no se debe obviar sus efectos negativos, en ese sentido, la radiación solar puede causar desde enrojecimientos en la piel por la exposición prolongada, hasta quemaduras de tercer grado, además de efectos a largo plazo, como cáncer de piel, entre otras afecciones.

Cabe destacar también, que la absorción de la radiación solar es acumulativa a lo largo de la vida, por lo que es imprescindible tomar medidas exhaustivas y apropiadas de protección contra ellas.

En relación con lo planteado anteriormente, es importante señalar que debido a la contaminación en la tierra ha disminuido la protección que proporciona el mismo planeta, que es la capa de ozono, lo que quiere decir que al pasar los años irá aumentado la cantidad de radiación que entra al planeta, provocando que los efectos adversos de los rayos ultravioletas (UV), sean mayores.

Por otro lado, el objetivo de este estudio es dar a conocer mediante la recolección de información en relación con el tema en cuestión, los diversos tipos de radiación emitidas por el sol, además, de los efectos que provocan estas en la salud de las personas que son expuestas a ella.

2 Objetivos

- Analizar y estudiar la bibliografía recolectada sobre las radiaciones ultravioletas y sus efectos en la salud.
- Determinar los tipos de radiaciones ultravioletas que existen de acuerdo con la información recolectada.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo, se ha realizado una investigación exhaustiva en una revisión bibliográfica sobre la literatura de carácter científico ya existente.

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros y otros artículos disponibles en la web de fuentes confiables encontrados en distintas bases de datos.

Se han seleccionados los textos acordes a los objetivos planteados anteriormente, de manera que los resultados obtenidos sean los más verídicos para llegar a una conclusión objetiva de la situación presentada en el tema seleccionado.

4 Resultados

De acuerdo con la información recolectada, se han obtenido numerosos artículos relacionados con dicho tema, que aportan información valiosa sobre los tipos de rayos ultravioletas y respecto a los efectos beneficiosos y perjudiciales que pueden ocasionar estas radiaciones.

Entre los efectos negativos más graves provocados por la exposición a los rayos ultravioleta que fueron encontrados en la bibliografía seleccionada, destaca el cáncer de piel.

Además, cabe destacar que la mayoría de los artículos ya mencionados, también hacen énfasis en las medidas preventivas que deben tomarse a la hora de exponerse a los rayos ultravioletas para disminuir el riesgo de los daños que estos ocasionan.

Como resultado de la síntesis bibliográfica, se han dividido las radiaciones ultravioletas (UV) en tres tipos, que se dividen según el grado de repercusión y como penetran la capa de ozono para entrar a la superficie terrestre; estas radiaciones se clasifican de la siguiente manera: UVC, UVB y UVA.

Las radiaciones ultravioleta C (UVC), se relacionan con un espectro fotobiológicos menor a 290nm (1); además, corresponde al tipo de radiación más perjudicial (2), ya que es la que contiene un mayor nivel de energía y frecuencia (3), por otro lado, su presencia en la tierra representaría el exterminio de la vida (4), sin embargo, no alcanza llegar a la superficie terrestre gracias a la capa de ozono en la estratosfera, el oxígeno molecular y el vapor de agua situadas en las capas altas de la atmósfera (1,5).

En relación a las radiaciones ultravioleta B (UVB), se corresponden con el espectro fotobiológico a partir de 290 a 320nm (3), además, conforma solamente el 0,2% de la totalidad de la radiación ultravioleta (4), cabe destacar que penetra superficialmente las capas de la piel, específicamente en la epidermis hasta la dermis papilar (1,2), aunado a esto, este tipo de radiación es la causante de eritemas, estimula los melanocitos y colabora en la aparición de cáncer cutáneo (1,6,7).

En el caso de las radiaciones ultravioletas A (UVA), se representan con el espectro fotobiológico 320 a 400nm (3), aunque en los años 80 se dividió este tipo de radiación UV en UVA II, de espectro fotobiológico de 320 a 340nm y en UVA I de 340 a 400nm (8).

Por otra parte, la radiación UVA es menos nociva que la UVB, sin embargo, en comparación a ésta, tiene presencia en la superficie terrestre unas 10 a 20 veces superior (2).

A pesar de ser la menos nociva, puede penetrar profundamente la piel llegando hasta la dermis y tiene como consecuencia el envejecimiento prematuro, inhibe al sistema inmune y provoca reacciones alérgicas, sumando que es la responsable

de generar radicales libres que causan daños en el ADN celular (1,2,9).

En este mismo orden de ideas, se puede ordenar estos tipos de radiaciones UV según el grado de daño que éstas pueden ocasionar, de manera que se diría que la más nociva seria la UVC y la menos la UVA.

Ahora bien, de acuerdo con la bibliografía recolectada se establece que de la radiación solar que entra la superficie de la tierra un 6% es radiación UV aproximadamente, el resto lo conformaría el espectro de luz que es visible y a la radiación infrarroja (3).

Es importante señalar que la radiación UV puede ser influenciada causando algunas variaciones de acuerdo con algunos factores como climáticos o geográficos, esto puede determinar la cantidad o calidad de dicha radiación en algunas zonas de la tierra, estos aspectos son: a. La hora del día; en el rango de hora de 10 a 11am y 3 a 4pm ocurre un aumento de radiación solar que alcanza la superficie de la tierra siendo su porcentaje de un 80% aproximadamente (3,6) b. La altitud; cuando mayor sea la altitud más delgada será la capa de ozono, de esta manera, habrá un aumento de radiación entre unos 8 a 10% por cada 1.000m de altura (8). c. Latitud; según el grado de latitud que se aleje, aumentará un 3% la radiación ultravioleta B (8). d. La estación del año; comúnmente se conoce que el verano es la estación donde las radiaciones UV llegan con mayor intensidad (3,10). e. La capa de ozono; al pasar los años la capa de ozono ha disminuido y sigue disminuyendo, por lo que los rayos UV serán más intensos (5,11). f. Las nubes; con una alta nubosidad puede disminuir hasta un 50% de la intensidad de la radiación solar que llega a la tierra (3).

Teniendo en cuenta todos estos factores que inciden en los niveles de radiación solar que hace presencia en la tierra, también es de gran importancia saber que se ha creado un sistema para determinar el grado de radiación UV en la superficie terrestres, éste es el Índice de Radiación Ultravioleta (IUV) y es definido como "el pronóstico diario de la magnitud máxima de radiación ultravioleta que alcanzará la superficie terrestre durante la hora de máxima radiación, aproximadamente al mediodía" (3).

De esta manera, se entiende que cuanto más alto sea el índice, más probabilidades hay de sufrir alguna lesión en la piel, por esta razón la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Meteorológica Mundial han determinado que el índice máximo que tolera el ser humano a la exposición solar es de 11 IUV (11).

En relación con la bibliografía obtenida para el estudio de este tema, se ha hecho énfasis en los efectos que produce la radiación UV, es relevante señalar que dichos efectos son acumulativos y que en un aproximado de 80% de los daños son producidos en las personas antes de los 18 años de edad y que debido a esto es necesario conocer estos efectos, tanto positivos como negativos, que son ocasionados al ser expuestos a los distintos tipos de radiación solar (12).

Entre los efectos beneficiosos en la salud debido a los rayos UV están (3, 5, 13): modulación de reacciones enzimáticas, estimulación sanguínea, activación de mecanismos antiinflamatorios, tratamiento de psoriasis y de otras enfermedades dermatológicas, síntesis de la vitamina D, acción antidepresiva (6), ayuda a conciliar el sueño, disminuye el cansancio y favorece el aumento de la producción de hormonas sexuales, entre otros.

Por otro lado, en cuanto a los efectos nocivos provocados por la exposición a la radiación ultravioleta se puede nombrar los siguientes: produce eritemas y quemadura solar (2), fotodermatitis (12), fotoqueratitis y fotoconjutivitis (13), trastornos pigmentarios (13), cataratas y enfermedades oculares (2), alteraciones de la respuesta inmune (12), fotoenvejecimiento y daño celular (2,13), carcinogénesis (2,3,12), etc.

Por último, según la bibliografía recolectada, el efecto perjudicial más grave encontrado fue el cáncer en la piel.

5 Discusión-Conclusión

En el trascurso de la investigación y desarrollo de este artículo se ha llegado a la resolución que con el paso de los años el índice de radiación UV presente en la tierra será mayor, por lo que será necesario que se establezcan medidas preventivas y se eduque a las personas respecto a los efectos ocasionados por esta radiación desde temprana edad, sabiendo que la radiación absorbida por el organismo es acumulativa a lo largo de la vida.

Sin embargo, a pesar de los daños causados por los rayos UV también presentan efectos positivos para la salud.

Por otro lado, se ha concluido que la cantidad de radiación recibida en la tierra no será siempre la misma, existen algunos factores que inciden en el índice de la radiación solar que llega a la superficie terrestre, de esta forma, se determinó que existen horas y temporadas del año donde los rayos UV son más intensos y que

por consecuencia deberán usarse en esos momentos más medidas de protección solar, buscando garantizar prevenir efectos perjudiciales para la salud.

6 Bibliografía

1.Magliano J, Álvarez M, Salmentón M, Larre Borges A, Martínez M. Fotoprotección en los niños. Arch Pediatr Urug [revista en Internet] 2011; 82 (2): 98-103. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v82n2/v82n2a07.pdf.
2.Hidalgo Vicario MI. Sol y fotoprotección. Pediatría Integral [revista en Internet] Julio – Agosto 2011; XV (6): 499 – 501.
Disponible en:http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/03/Pediatria-IntegralXV-6.pdf#page=5.
3.Quevedo Gualteros DM. Factores comportamentales hacia la fotoprotección [postgrado]. Bogotá: Facultad de Medicina, Universidad del Rosario; 2010
4.Palomar Llatas F. ¿El cambio climático afectará a la piel? Enfermería dermatológica [revista en Internet] mayo-diciembre 2011; Nº 13-14. Disponible en file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetElCambioClimaticoAfectaraALaPiel4076221.pdf
5.Gerbaudo M. Efectos biológicos de las radiaciones ultravioletas: Índice UV sobre la piel [tesis doctoral]. Córdoba – República Argentina: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba; 2009.
6.Asociación de Farmacéuticos Adjuntos de Huelva. Fotoprotección infantil. Revista AFADHU [revista en Internet] 2010; (2); Disponible en: http://www.afadhu.com/formacion/objetos/Fotoprote...pdf
7.Nichols JA, Katiyar SK. Skin photoprotection by natural polyphenols: Antiinflammatory, anti-oxidant and DNA mechanisms. Arch Dermatol Res. [revista32 en Internet] 2010; 302 (2): 71. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/nihms158015%20(3).pdf
8.Moreno MI, Hernando Moreno L. Fotoprotección. Rev Asoc Colomb Dermatol. [revista en Internet] 2010; 18: 31-39. Disponible en: http://revistasocolderma.org/files/Fotoproteccion.pdf
9.Sordo C, Gutiérrez C. Cáncer de piel y radiación solar: experiencia peruana en la prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma. Rev Perú Med Exp Salud Publica [revista en Internet] 2013; 30 (1): 113-17. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n1/a21v30n1.pdf
10.Valdivielso Ramos M, Mauleón Fernández C, Balbín Carrero E, de la Cueva Dobao P, Chavarría Mur E, Hernanz Hermosa JM. Fotoprotección en la infancia. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en Internet] 2009; 11(42): 313-24. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11n42/12_colaboraciones.pdf

11.Castillo Bolaños AY. Factores culturales que inciden en la presencia de cáncer de piel en pacientes de Solca y del Instituto ecuatoriano de seguridad social de la ciudad de Ibarra en el período enero a julio del 2012 [pregrado]. Ibarra: Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte; 2012
12.Mora Ochoa M, Olivares Savigñon AR, González Gross TM, Castro Mela I. El sol: ¿enemigo de nuestra piel? Medisan [revista en Internet] 2010; 14 (6): 825. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n6/san14610.pdf
13.Medveczky Ordóñez, Meneses Meneses MJ, Ochoa Rea ME. Uso del protector solar y su relación con alteraciones cutáneas por exposición al sol, enestudiantes de primer año de la escuela de medicina de la universidad de Cuenca [tesis doctoral]. Cuenca – Ecuador: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca; 2010.

Capítulo 81

ENFERMERÍA Y TIPOS DE SUTURAS Y SUS INDICACIONES

BELÉN VALVERDE IZQUIERDO

MARIA JOSE MARTIN ALBO PRIETO

VICTORIA DELGADO PALACIOS

MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA

ALBA FERNÁNDEZ OLIVER

1 Introducción

Existen diferentes tipos de suturas que se utilizan en el campo médico, y cada una tiene sus propias indicaciones según el tipo de herida y la ubicación. Algunas de las suturas más comunes son las suturas de Nylon (Poliamida). Estas suturas son sintéticas y no absorbibles. Son adecuadas para heridas cutáneas que requieren una resistencia prolongada, como suturas en áreas de alta tensión o suturas en el cuero cabelludo. También se utilizan en suturas faciales y en pacientes pediátricos, ya que son menos irritantes y se pueden remover fácilmente.
Otro tipo son las suturas de Seda, que no absorbibles hechas de fibras naturales de seda. Se utilizan comúnmente en heridas cutáneas, especialmente en áreas que no están sometidas a una tensión excesiva. También se emplean en cirugías plásticas y oftálmicas.
Existen otras suturas, Suturas de Polipropileno, que son sintéticas y no absorbibles. Son conocidas por su alta resistencia a la tracción. Se utilizan en su-

turas cutáneas y subcutáneas en áreas que no están sometidas a una tensión excesiva. También son útiles en cirugías o procedimientos que requieren suturas permanentes, como la reparación de hernias.
Por último, están las suturas de Catgut (Categute) y las suturas de Ácido Poliglicólico (PGA). Las primeras son absorbibles y están hechas de colágeno derivado de intestino de animal. Vienen en diferentes tipos según su velocidad de absorción. Se utilizan en heridas internas y se descomponen gradualmente a medida que la herida cicatriza. Son comúnmente utilizadas en cirugías abdominales, ginecológicas y obstétricas. Mientras que las segundas son suturas absorbibles que ofrecen una alta resistencia inicial y retención de nudos. Se utilizan en una amplia gama de cirugías, como cirugía general, cardiovascular y ginecológica. Se descomponen rápidamente en el tejido y se absorben en aproximadamente 60 a 90 días.

2 Objetivos

Dar a conocer las actuaciones adecuadas que debe realizar la enfermera en los diferentes tipos de suturas y sus indicaciones.

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 enfermería es una profesión de atención médica que se ocupa del cuidado de los pacientes, tanto en el ámbito hospitalario como en otros entornos de atención médica. Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la atención de heridas y suturas, asistiendo a los médicos y asegurando que se sigan las mejores prácticas en cuanto a la selección de suturas y su colocación adecuada. Además, desempeña un papel crucial en el proceso de sutura de heridas y tiene una gran

importancia en varias etapas del procedimiento. Aquí hay algunas razones clave por las cuales la enfermería es fundamental en las suturas:
Antes de realizar la sutura, los enfermeros son responsables de preparar el área de trabajo, asegurarse de que todos los instrumentos necesarios estén disponibles y esterilizados correctamente. Además, evalúan la herida para determinar su gravedad y decidir el tipo de sutura requerida. En muchos casos, se requiere la aplicación de anestesia local para adormecer la zona antes de la sutura. Los enfermeros son competentes en la administración de anestesia y pueden realizar este procedimiento de manera segura.
Durante la sutura, los enfermeros asisten al médico o cirujano proporcionando los instrumentos adecuados en el momento oportuno. También pueden ayudar a mantener el campo estéril y asegurarse de que todo el proceso se realice de manera segura y eficiente. Después de la sutura, los enfermeros desempeñan un papel crucial en la educación del paciente sobre el cuidado adecuado de la herida. Explican las medidas preventivas para evitar infecciones, los signos de complicaciones y brindan instrucciones sobre cómo realizar el cambio de vendajes y curaciones.
Los enfermeros son responsables de monitorear el progreso de la herida suturada y evaluar cualquier signo de infección o complicaciones. Realizan visitas de seguimiento y se aseguran de que la herida esté sanando correctamente. En caso de problemas, pueden tomar medidas adecuadas, como programar una cita con el médico o ajustar el plan de cuidados.
Es importante destacar que la elección del tipo de sutura dependerá de diversos factores, como la ubicación de la herida, la tensión a la que estará sometida, la respuesta tisular del paciente y la preferencia del cirujano. Los profesionales de enfermería deben seguir las indicaciones médicas y utilizar técnicas de sutura apropiadas para asegurar una adecuada cicatrización y minimizar el riesgo de complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de heridas y suturas. Los enfermeros trabajan junto a los médicos para garantizar que se sigan las mejores prácticas en cuanto a la selección de suturas y su colocación adecuada. Existen diferentes tipos de suturas disponibles, cada una con sus propias características y usos específicos.
Algunos tipos comunes de suturas incluyen las suturas de nylon, seda, polipropileno, catgut y ácido poliglicólico. La elección del tipo de sutura depen-

derá de factores como la ubicación de la herida, la tensión a la que estará sometida y las preferencias del cirujano. Por ejemplo, las suturas de nylon son adecuadas para heridas en áreas de alta tensión, mientras que las suturas de catgut son absorbibles y se descomponen gradualmente en el tejido.

Capítulo 82

ENVEJECIMIENTO: COMPRENSIÓN, INVESTIGACIONES DESTACADAS Y PERSPECTIVAS FUTURAS HACIA LA REVERSIÓN DE LOS PROCESOS ASOCIADOS

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

LIRIA CHAMORRO RUFO

SONIA BRICEÑO GARCÍA

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

1 Introducción

El proceso de envejecimiento plantea desafíos significativos en relación a la salud y el bienestar de las personas. A medida que la población mundial experimenta un envejecimiento progresivo, surge la necesidad de encontrar soluciones que permitan prevenir o retrasar los efectos negativos asociados con este proceso natural. En los últimos años, ha surgido un creciente interés en el campo de la reversión del envejecimiento, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y prolongar la salud durante más tiempo.

Los avances actuales en la investigación sobre la reversión del envejecimiento muestran un potencial prometedor para prolongar una vida saludable y mejorar la calidad de vida. Los enfoques investigados incluyen la terapia génica, la modulación de la senescencia celular, la regulación metabólica, la terapia con células madre y la medicina personalizada.

A través de este trabajo, se explorarán los avances actuales en la investigación sobre la reversión del envejecimiento, centrándose en el paso de los modelos animales a las perspectivas humanas. Se examinarán los enfoques científicos, las terapias y los descubrimientos que han surgido en este campo emergente, así como las implicaciones y las posibles aplicaciones que podrían tener en la salud humana.

En una primera parte, se abordarán los conceptos fundamentales del envejecimiento, considerando factores biológicos, genéticos y ambientales que contribuyen a este proceso natural. Se analizarán los cambios fisiológicos y moleculares asociados con el envejecimiento, así como las enfermedades y afecciones comúnmente relacionadas con el envejecimiento avanzado.

Seguidamente, serán tratados los avances en la investigación de la reversión del envejecimiento a través del uso de modelos animales. Se explorarán los estudios realizados en organismos como ratones, moscas de la fruta y gusanos, los cuales han proporcionado valiosa información sobre los mecanismos biológicos y las posibles terapias para revertir los efectos del envejecimiento.

En una tercera parte, se tratará la traducción de estos hallazgos de los modelos animales a las perspectivas humanas. Se discutirán los desafíos y las oportunidades relacionados con la aplicación de terapias antienvejecimiento en seres humanos, incluyendo aspectos de seguridad, eficacia y consideraciones éticas asociadas a estas intervenciones.

Se presentarán los enfoques más prometedores en la reversión del envejecimiento en humanos, tales como la terapia génica, la modulación de la senescencia celular, la regulación metabólica y la terapia con células madre. Se analizarán los estudios clínicos realizados hasta la fecha y se evaluarán los resultados obtenidos, tanto en términos de mejoras en la salud y longevidad, como en relación a posibles efectos secundarios y limitaciones de estas intervenciones.

2 Objetivos

Analizar el envejecimiento progresivo de la poblacion mundial, asi como la busqueda de soluciones para minimizar o retrasar los efectos negativos a dicho proceso natural para mejorar la calidad de vida y prolongarla.

3 Metodología

Fue realizada una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas reconocidas, como Google Scholar, DialNet y otras. Se seleccionaron estudios científicos y revisiones relevantes publicadas en los últimos 15 años, seleccionándose los temas y contenidos más relevantes para ser presentados en este artículo.

4 Resultados

Fundamentos del Envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso inherente a la vida de todos los organismos vivos. A medida que los seres humanos y otras especies envejecen, experimentan una serie de cambios tanto en su estructura como en su función, los cuales pueden tener un impacto significativo en su salud y bienestar. Este capítulo se enfoca en los conceptos fundamentales del envejecimiento, abordando los factores biológicos, genéticos y ambientales que contribuyen a este proceso, así como los cambios fisiológicos y moleculares asociados y las enfermedades y afecciones comúnmente relacionadas con el envejecimiento avanzado.

El envejecimiento es un fenómeno complejo, influenciado por una combinación de factores intrínsecos y extrínsecos. Los factores biológicos abarcan el gradual deterioro de los sistemas corporales y la disminución de la capacidad de autorreparación. A medida que envejecemos, nuestros órganos y tejidos experimentan una disminución en su función y una reducción en su capacidad para mantener el equilibrio homeostático. Por ejemplo, el sistema inmunológico se vuelve menos eficiente, lo que nos hace más susceptibles a enfermedades. Además, el sistema cardiovascular experimenta cambios como la rigidez arterial y la pérdida de elasticidad en los vasos sanguíneos.

Desde el punto de vista genético, se ha demostrado que la herencia juega un papel significativo en la determinación de la longevidad y el proceso de envejecimiento.

Se han identificado ciertos genes relacionados con la longevidad, como el gen FOXO3 (1), que desempeñan un papel en la protección contra el estrés oxidativo y la regulación de los procesos metabólicos. Sin embargo, es importante destacar que la genética no es el único factor determinante del envejecimiento, ya que los factores ambientales también desempeñan un papel crucial.

Los factores ambientales, como la exposición al sol, la dieta, el estrés y el estilo de vida, pueden influir en el proceso de envejecimiento (2) (3). La exposición prolongada a la radiación ultravioleta del sol puede dañar la piel y acelerar el envejecimiento cutáneo, mientras que una dieta rica en antioxidantes puede ayudar a proteger contra el estrés oxidativo y los daños celulares. Además, el estrés crónico y los hábitos de vida poco saludables, como el consumo de tabaco y el abuso del alcohol, pueden acelerar el proceso de envejecimiento y aumentar el riesgo de enfermedades relacionadas con la edad.

A nivel fisiológico y molecular, el envejecimiento se caracteriza por una serie de cambios progresivos en el cuerpo. Se observa una disminución en la función y masa muscular, conocida como sarcopenia, lo que puede resultar en debilidad y pérdida de movilidad. Asimismo, se producen cambios en la estructura y composición ósea, aumentando el riesgo de osteoporosis y fracturas óseas. A nivel celular, se producen modificaciones en el ADN y las proteínas, acumulándose daños y alteraciones en su estructura. Este estrés oxidativo y la acumulación de productos finales de glicación avanzada (AGEs) pueden tener un impacto negativo en la función celular y contribuir al proceso de envejecimiento (4).

En cuanto a las enfermedades y afecciones comúnmente relacionadas con el envejecimiento avanzado, destacan la enfermedad cardiovascular, el cáncer, la enfermedad de Alzheimer, la osteoartritis y la diabetes tipo 2, entre otras. Estas enfermedades suelen tener una mayor incidencia y prevalencia en las personas mayores y están relacionadas con los cambios biológicos y moleculares asociados al envejecimiento.

Investigación Avanzada en la Reversión del Envejecimiento mediante el Uso de Modelos Animales

En las últimas décadas, los modelos animales se han convertido en una herramienta invaluable para investigar la reversión del envejecimiento. Estos mod-

elos, que incluyen ratones, moscas de la fruta y gusanos, han proporcionado información valiosa sobre los mecanismos biológicos y las posibles terapias para revertir los efectos del envejecimiento. En este capítulo, exploraremos los estudios realizados en estos modelos animales y los avances significativos logrados en la búsqueda de la reversión del envejecimiento.

El uso de ratones como modelo animal en la investigación del envejecimiento ha sido ampliamente adoptado debido a su similitud genética y fisiológica con los seres humanos. Estos estudios han revelado conocimientos fundamentales sobre los procesos biológicos que contribuyen al envejecimiento y las estrategias para revertirlo. Por ejemplo, la restricción calórica, que consiste en reducir la ingesta calórica sin desnutrición, ha demostrado prolongar la vida útil y mejorar la salud en ratones. Además, se han identificado compuestos como la rapamicina y la metformina, que imitan los efectos de la restricción calórica y presentan potencial en la reversión del envejecimiento en ratones.

Las moscas de la fruta, especialmente el Drosophila melanogaster, también han sido utilizadas como modelo animal en la investigación del envejecimiento (5) . Estos diminutos organismos han brindado información valiosa sobre los genes y los mecanismos moleculares involucrados en el proceso.

Los gusanos Caenorhabditis elegans también han sido empleados como modelo animal en la investigación del envejecimiento (6). Estos organismos de vida corta y transparente han permitido a los científicos estudiar de cerca los procesos moleculares y genéticos asociados. La inhibición de ciertos genes en estos gusanos ha demostrado extender significativamente su vida útil y mejorar su salud en general. Además, se han utilizado enfoques de terapia génica para restaurar la función de los genes clave relacionados con el envejecimiento y lograr una reversión parcial de los efectos del envejecimiento, a través de un tratamiento genético de rejuvenecimiento celular en ratones (7).

Traducción de los Hallazgos de los Modelos Animales a Perspectivas Humanas.

Uno de los enfoques más prometedores en la reversión del envejecimiento en humanos es la terapia génica, que busca restaurar la función y revertir los efectos del envejecimiento mediante la introducción de genes específicos en células humanas. Los estudios en modelos animales (7) han demostrado resultados

prometedores al manipular genes relacionados con la longevidad y la protección celular. Sin embargo, la terapia génica en humanos plantea desafíos importantes, como la precisa y segura entrega de los genes modificados y la evaluación de los posibles efectos a largo plazo.

Otro enfoque relevante es la modulación de la senescencia celular, ya que las células senescentes, que se acumulan con la edad, contribuyen al envejecimiento y a la aparición de enfermedades relacionadas con la edad. La eliminación selectiva de estas células mediante fármacos senolíticos ha demostrado ser efectiva para mejorar la salud y prolongar la vida en modelos animales (8). No obstante, se requiere una comprensión más profunda de los mecanismos subyacentes y la seguridad de estas intervenciones en humanos.

La regulación metabólica también se presenta como un enfoque prometedor en la reversión del envejecimiento. La restricción calórica (9), asociada con una mayor longevidad en modelos animales, ha suscitado interés en el desarrollo de compuestos que imiten sus beneficios sin requerir una reducción drástica en la ingesta de alimentos. La rapamicina y la metformina son ejemplos de compuestos que han mostrado efectos antienvejecimiento en modelos animales y que se están evaluando en ensayos clínicos en humanos (10).

Además, la terapia con células madre (11) ha demostrado potencial en la reversión del envejecimiento en modelos animales. Las células madre, con su capacidad regenerativa, ofrecen la posibilidad de rejuvenecer tejidos dañados por el envejecimiento. Sin embargo, se requiere más investigación antes de que esta terapia pueda aplicarse de manera más generalizada a nivel de seres humanos.

Es importante tener en cuenta que, a pesar de los avances significativos en estos enfoques, aún existen desafíos y limitaciones en la traducción de estos hallazgos a la aplicación clínica en seres humanos. La seguridad y la eficacia son aspectos críticos que deben abordarse de manera rigurosa en los ensayos clínicos. Además, las consideraciones éticas y el acceso equitativo a estas terapias deben ser considerados en el desarrollo de intervenciones antienvejecimiento.

5 Discusión-Conclusión

De todo lo anterior, puede concluirse que el envejecimiento es un proceso complejo y multifactorial que involucra factores biológicos, genéticos y ambientales. Se caracteriza por cambios fisiológicos y moleculares, así como por la aparición de enfermedades y afecciones relacionadas con la edad avanzada. Comprender estos fundamentos del envejecimiento es esencial para explorar los avances en la reversión del envejecimiento y desarrollar estrategias que mejoren la calidad de vida en las personas mayores.

Los estudios realizados en modelos animales han sido esenciales en la investigación de la reversión del envejecimiento. Ratones, moscas de la fruta y gusanos han proporcionado información valiosa sobre los mecanismos biológicos subyacentes y las posibles terapias para revertir los efectos del envejecimiento. Estos modelos han permitido identificar intervenciones terapéuticas prometedoras y evaluar su seguridad y eficacia.

No obstante, se necesita investigación adicional en modelos más cercanos a los humanos antes de que estas terapias puedan implementarse a gran escala en la búsqueda de la reversión del envejecimiento en la población humana.

A pesar de los avances logrados hasta el momento, es necesario realizar más investigación para comprender completamente la efectividad y seguridad de estos enfoques. La continuación de las investigaciones científicas y los ensayos clínicos son fundamentales para avanzar en la comprensión y el desarrollo de intervenciones efectivas en la búsqueda de revertir el envejecimiento. Estos avances podrían tener un impacto significativo en la prolongación de una vida saludable y en la mejora de la calidad de vida de las personas.

En vista de las delicadas implicaciones que la experimentación en sujetos humanos propicia, hasta el día de hoy la restricción calórica resultaría el tipo de terapia con menor oposición desde el punto de vista metodológico y ético. No obstante, resulta importante considerar los posibles efectos adversos y riesgos asociados con la restricción calórica, como la desnutrición, la pérdida de masa muscular, la disminución de la densidad ósea y la alteración del metabolismo, y los efectos colaterales en términos de disminución de la calidad de vida asociada a este tipo de intervencion.

6 Bibliografía

Morris B, Craig D, Donlon T, Willcox B. FOXO3: un gen importante para la longevidad humana: una mini revisión. Gerontología 2015; 61 (6): 515–525. https://doi.org/10.1159/000375235

De Jaeger, C. Fisiología del envejecimiento. EMC –Kineseterapia - Medicina Física 2011; 32 (3): 1-8. https://doi.org/10.1016/S1293-2965(11)71086-6

Alves, R. Castro, T. Trelles, M.A. Factores intrínsecos y extrínsecos implicados en el envejecimiento cutáneo. Cir.plást. iberolatinoam. (2013); 39 (1) : 89-102. Recuperado a partir de https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v39n1/original13.pdf

Rufín L, Martinez A. Rufín A. Méndez J. Farias J. Pathogenic effects of advanced glycation end products in aging-disease process. Rev.Med.Electrón. [Internet]; 2022 [citado 2023 Jul 10]; 44(3):573-584. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242022000300573&lng=es.

Martínez C. Nuevo protocolo para el estudio de la fragilidad en un modelo de investigación básica: Drosophila melanogaster. Valencia: Universitat Politécnica de Valencia; 2022. Recuperado a partir de http://hdl.handle.net/10251/183863.

Yin, JA., Gao, G., Liu, XJ. et al. La variación genética en la señalización de las neuronas glia modula la tasa de envejecimiento. Nature 2017; 551:198–203 (2017). https://doi.org/10.1038/nature24463.

Cecilia EE, Cecilia E, Echevarría A. El envejecimiento, sus causas y posible reversión. En:Jorcienciapdcl 2023. Recuperado a partir de https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jorcienciapdcl23/2023/paper/viewFile/290/469

Florido L. Uso de senoliticos para el control del envejecimiento [Trabajo Fin de Grado]. Sevilla. Universidad de Sevilla; 2020. Recuperado a partir de https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/103965/FLORIDO%20PAJUELO%20LUCIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Baquero D. Envejecimiento, Restricción Calórica y Expresión Génica [Trabajo Fin de Grado]. Huesca. Universidad de Zaragoza; 2020. Recuperado a partir de https://core.ac.uk/download/pdf/289982341.pdf

Cifuentes X. Metformina: Antidiabético y/o molécula antienvejecimiento [Trabajo Fin de Grado].Castellón de la Plana. Universitat Jaume I; 2022. Recuperado a partir de https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/198946/TFG_

2022_Cifuentes_Batalla_Xavier.pdf?sequence=1

Mendoza C, Ocampo CJ, Vázquez-Martínez OT. Las células madre en el proceso de antienvejecimiento cutáneo: el entendimiento de una nueva era. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica. 2012;10(1):37-45.

Capítulo 83

RIESGOS LABORALES EN ENFERMERÍA

ANA CAMPOS GARCÍA

MARÍA PLAZA GASCÓN

LAURA SOLETO ALVARADO

NADIA MARTINEZ MOHAMED

LUISA MARIA LÓPEZ FELIPE

1 Introducción

A lo largo de los últimos años, debido a la reciente pandemia por COVID-19, se ha puesto sobre la mesa la relevancia de la profesión enfermera más aceleradamente que en las últimas décadas, desde que estos profesionales comenzaron a formarse en las universidades allá por 1977 con el título de Diplomados en enfermería.
Aunque poco a poco los profesionales de enfermería fueron tomando peso en la práctica asistencial y la profesión fue adoptando prestigio gracias a su estudio en universidades y a la aprobación de las distintas especialidades, no fue hasta 2008 cuando esta profesión alcanzó su máximo desarrollo posible a nivel académico.
A nivel social, se ha puesto en valor su papel durante la pandemia y la importancia de cumplir unos cupos de ciudadanos/enfermera.
Sin embargo, este suceso, que ha durado aproximadamente 2 años, también ha producido que múltiples profesionales de este sector dejen la profesión ante la

falta de apoyo de las instituciones, las secuencias tanto físicas como psicológicas derivadas de la excesiva carga de trabajo y el desánimo de no haber visto suficientemente reconocida su labor a nivel institucional.
Es por ello, que resulta importante destacar cuáles son los riesgos laborales que más comúnmente sufren estos profesionales y la forma de prevenirlos.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es dar a conocer los riesgos laborales que afectan al personal de enfermería. Los objetivos secundarios son explicar los tipos de riesgos laborales generales que existen y su prevención.

3 Metodología

Se ha elaborado el presente capítulo de libro realizando una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de salud como son Pubmed, Dialnet, Web of Science y Medline para realizar una revisión bibbliográfica. Las palabras utilizadas en los buscadores de habla hispana han sido "enfermería" "riesgos "laborales" La horquilla temporal que hemos tomado para la búsqueda han sido artículos publicados con no más de 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Según la RAE: Un riesgo constituye la probabilidad de que ocurra un hecho desfavorable que pueda causar un daño. Disminuir el riesgo puede ser posible o no. Cuando hablamos de riesgos laborales, nos referimos a todos aquellos sucesos que pueden acontecer en el puesto de trabajo y que pueden suponer un daño al trabajador. En este caso, la mayoría de los riesgos laborales pueden prevenirse, por ello existe una disciplina y una ley estatal desde 1995 denominada Prevención de Riesgos Laborales (PRL) que abarca la seguridad en el trabajo, la higiene industrial, la ergonomía y la medicina del trabajo.

Los riesgos laborales comúnmente se clasifican en:

- RIESGOS FÍSICOS

Una enfermera es un profesional que usualmente puede trabajar en la planta de consultas externas o en zonas donde se emita radiaciones ionizantes para realizar pruebas como resonancias magnéticas, radioterapia, radiografías …

Además de estar expuesta a sonidos repetitivos y/o demasiado altos, fluctuación de la temperatura y distintas iluminaciones.
Por ello, como medidas preventivas podríamos destacar:
-El uso de protección con plomo si se está presente en zonas donde haya exposición a radiaciones.
-Permanecer el mínimo tiempo posible en el lugar de la radiación
-En cuanto a los ruidos, se debería rotar al personal para que no siempre sea el mismo el que esté expuesto

- RIESGOS BIOLÓGICOS
Tanto en centros hospitalarios como en la consulta de atención primaria se generan una serie de residuos especiales llamados "residuos biosanitarios" (punzantes con restos de fluidos, medicamentos caducados, restos de material de curas…) que constituyen un peligro. Es por ello que se pueden tomar las siguientes medidas:
-No encapuchar agujas
-No reutilizar agujas
-Fomentar el uso de guantes y el lavado de manos
-Si se va a trabajar con heridas que pueden expulsar sustancias purulentas, utilizar gafas protectoras
-Utilizar ropa específica de trabajo ("pijama", batas…)
-No recanalizar vías a la vez que se palpa la vena

- RIESGOS QUÍMICOS
Son aquellos derivados del uso de cierta medicación, entre las que se encuentran los citostáticos que tienen genotoxicidad, teratogenicidad y carcinogenicidad. Para prevenir un accidente químico:
-Abrir la ventana si se va a administrar un agente citostático.
-Uso de guantes y mascarilla
-Correcta limpieza y desinfección posterior de la zona de trabajo

- OTROS RIESGOS
Riesgos psicosociales: estrés, ansiedad, cansancio
Ergonomía: derivados de las malas posturas o malas prácticas repetitivas en el entorno laboral.

5 Discusión-Conclusión

La enfermería es una profesión polivalente que se ha ido haciendo cada vez más importante y reconocida con el paso del tiempo gracias a los múltiples estudios específicos que han ido apareciendo, así como la asimilación de más competencias y un reconocimiento social gracias a la última pandemia.
No obstante, en cuanto a riesgos laborales se refiere, no se ha avanzado tanto en la prevención de estos en cuanto a la práctica enfermera, ya que esta de por sí lleva in situ dichos riesgos.
Los riesgos químicos, biológicos y físicos son los más relevantes en esta profesión, no obstante, recientemente se han valorado como importantes los riesgos psicosociales derivados de la excesiva carga de trabajo que muchos profesionales han soportado en los últimos tiempos.
Es por eso que se debería dar más importancia a la prevención de riesgos laborales y la realización de una buena gestión para evitar la sobrecarga anteriormente expuesta.

6 Bibliografía

1.Ceballos Atienza, Rafael (2018): Prevención de riesgos laborales en enfermería. Riesgos de seguridad en el trabajo.
2.Manual de Seguridad y Salud en el sector hospitales. FREMAP. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Plan General de Actividades Preventivas de la Seguridad Social 2015.
3.García-Gámez M, Morales-Asencio JM, GarcíaMayor S et al. Adverse events encountered during clinical placements by undergraduate nursing students in Spain. Nurse Educ Today. 2020;91:104480. doi: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104480
4.Yélamos M, Vera C, Vidal M, Álvarez M, Castillo M, Cifuentes M. Accidentes percutáneos con riesgo biológico, producidos por dispositivos de seguridad en la Comunidad de Madrid. Med Segur Trab. 2012; 58(227): 82-97. doi: https://dx.doi.org/10.4321/
S0465-546X2012000200002

Capítulo 84

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

SARA FERNÁNDEZ MUÑOZ

MARIA DEL CARMEN DE LA TORRE BLÁZQUEZ

MARÍA JOSÉ DE LA TORRE BLÁZQUEZ

1 Introducción

En la atención primaria, las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Su labor se centra en educar, asesorar y brindar cuidados holísticos a los pacientes, fomentando estilos de vida saludables y proporcionando servicios de detección temprana de enfermedades. En esta introducción, exploraremos el papel de las enfermeras en atención primaria en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y cómo su trabajo contribuye a mejorar la salud y el bienestar de las personas.

Las enfermeras en atención primaria desempeñan múltiples funciones, incluyendo la educación y el asesoramiento en salud, la detección temprana y el manejo de enfermedades crónicas, la administración de vacunas, la promoción de la salud mental y el cuidado de la salud de la mujer. Estas profesionales trabajan en estrecha colaboración con los pacientes y sus familias, brindando informa-

ción, apoyo emocional y recursos para ayudar a las personas a tomar decisiones informadas sobre su salud y adoptar comportamientos saludables.

Además, las enfermeras en atención primaria desempeñan un papel importante en la coordinación y derivación de los pacientes a otros servicios de atención médica, asegurándose de que reciban la atención adecuada en el momento oportuno. También trabajan en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, especialistas y trabajadores sociales, para brindar una atención integral y centrada en el paciente.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:
Objetivos principales:
1. Conocer y evaluar los principales tratamientos que se ejercen desde la enfermería en los pacientes de atención primaria en la promoción de la salud.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería y los cuidados de los pacientes para la prevención y la promoción de la salud.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas
Para llevar a cabo esta revisión sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y julio de 2023.
Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“Health promotion” OR “health prevention”) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

El papel de la enfermera en atención primaria es fundamental para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Las enfermeras en atención primaria se enfocan en brindar cuidados holísticos a los pacientes, centrándose no solo en el tratamiento de enfermedades existentes, sino también en la promoción

de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades futuras. A continuación, se detallan algunas de las funciones clave de las enfermeras en atención primaria para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades:

Educación y asesoramiento en salud: Las enfermeras en atención primaria educan a los pacientes sobre hábitos saludables, como una alimentación equilibrada, actividad física regular, control del estrés y abandono del tabaco y el consumo excesivo de alcohol. Proporcionan información y asesoramiento individualizado para ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre su salud y adoptar comportamientos saludables.

Detección temprana y manejo de enfermedades: Las enfermeras en atención primaria realizan exámenes de salud periódicos y pruebas de detección para identificar tempranamente enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión arterial y colesterol alto. También brindan seguimiento y manejo de estas enfermedades, ayudando a los pacientes a comprender y controlar su condición, manejar la medicación adecuadamente y adoptar cambios en el estilo de vida para mejorar su salud.

Vacunación y inmunización: Las enfermeras en atención primaria administran vacunas y participan en programas de inmunización. Se aseguran de que los pacientes estén al día con las vacunas recomendadas, incluyendo vacunas infantiles, vacunas contra la gripe, vacunas para personas mayores y otras vacunas específicas según las necesidades de cada individuo.

Promoción de la salud mental: Las enfermeras en atención primaria también se ocupan de la promoción de la salud mental. Realizan evaluaciones de salud mental, brindan apoyo emocional y psicológico a los pacientes y remiten a especialistas en salud mental cuando es necesario. Además, educan sobre la importancia del bienestar emocional y ofrecen recursos para el manejo del estrés y la mejora de la salud mental.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de la enfermera en atención primaria va más allá de la atención directa al paciente. También incluye la promoción de la salud, la educación comunitaria, la participación en campañas de prevención de enfermedades y el fomento de entornos saludables. Las enfermeras en atención primaria desempeñan un papel vital en la promoción de estilos de vida saludables

y la prevención de enfermedades, trabajando en colaboración con los pacientes y la comunidad para mejorar la salud y el bienestar general.
Las enfermeras en atención primaria juegan un papel crucial en la coordinación y derivación de los pacientes a otros servicios de atención médica. Trabajan en estrecha colaboración con médicos, especialistas y otros profesionales de la salud para asegurar que los pacientes reciban la atención y los servicios adecuados en el momento oportuno.

6 Bibliografía

1. Dragun R, Veˇcek NN, Marendi´c M, Pribisali´c A, Đivi´c G,
Cena H, et al. Have lifestyle habits and psychological wellbeing changed among adolescents and medical students due to COVID-19 lockdown in Croatia? Nutrients. 2020;13:97, http://dx.doi.org/10.3390/nu13010097.
2. Bejar LM, Sharp BN, García-Perea MD. The e-EPIDEMIOLOGY
Mobile Phone App for Dietary Intake Assessment: Comparison with a food frequency questionnaire. JMIR Res Protoc.
2016;5:e208, http://dx.doi.org/10.2196/resprot.5782.
3. Béjar LM, Vázquez-Limón E. Is there any alternative to traditional food frequency questionnaire for evaluating habitual dietary intake? Nutr Hosp. 2017;34, http://dx.doi.org/10.20960/nh.650,
990-888.
4. Béjar LM. First evaluation steps of a new method for dietary intake estimation regarding a list of key food groups in adults and in different sociodemographic and healthrelated behaviour strata. Public Health Nutr. 2017;20:2660—9, http://dx.doi.org/10.1017/S1368980017001641.
5. Béjar LM, Reyes ÓA, García-Perea MD. Electronic 12-hour dietary recall (e-12HR): Comparison of a mobile phone app for dietary intake assessment with a food frequency questionnaire and four dietary records. JMIR Mhealth Uhealth. 2018;6:e10409, http://dx.doi.org/10.2196/10409.

Capítulo 85

VALORACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y LOS CUIDADOS POST ALTA SEGUN LA ENFERMERA HOSPITALARIA

MARIA DEL CARMEN DE LA TORRE BLÁZQUEZ

SARA FERNÁNDEZ MUÑOZ

MARÍA JOSÉ DE LA TORRE BLÁZQUEZ

1 Introducción

La valoración de la prevención de enfermedades y los cuidados post alta por parte de la enfermera hospitalaria es esencial para garantizar la continuidad del cuidado y prevenir complicaciones posteriores al alta hospitalaria. La enfermera desempeña un papel fundamental en la educación y el asesoramiento a los pacientes sobre la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, así como en el seguimiento de los cuidados después de recibir el alta. En esta introducción, exploraremos la importancia de la valoración de la prevención de enfermedades y los cuidados post alta por parte de la enfermera hospitalaria y cómo contribuye a mejorar los resultados de los pacientes.

La prevención de enfermedades es una parte fundamental de la práctica de enfermería y tiene como objetivo reducir el riesgo de enfermedades y promover estilos de vida saludables. La enfermera hospitalaria desempeña un papel clave en la educación y el asesoramiento a los pacientes sobre medidas preventivas, como la

vacunación, la higiene adecuada, la alimentación saludable, la actividad física y la prevención de lesiones. Además, la enfermera puede evaluar los factores de riesgo individuales de cada paciente y proporcionar orientación personalizada sobre cómo reducir o controlar esos factores por parte de la enfermera hospitalaria.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:
Objetivos principales:
1. Conocer y evaluar los principales tratamientos que se ejercen desde la enfermería sobre los pacientes que se van de alta en el hospital y sus cuidados posteriores.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería y su relación con los pacientes al alta hospitalaria.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas
Para llevar a cabo esta revisión sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y julio de 2022.
Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("post discharge care" OR "post discharge") AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

Después del alta hospitalaria, la enfermera juega un papel importante en el seguimiento de los cuidados. Esto implica realizar visitas de seguimiento, ya sea en el hogar del paciente o en el centro de atención primaria, para evaluar la evolución del paciente y asegurarse de que estén siguiendo las indicaciones médicas y tomando los medicamentos adecuadamente. Durante estas visitas, la enfermera también puede brindar educación adicional sobre el manejo de los síntomas, la identificación temprana de complicaciones y la promoción de la salud.

La valoración de la prevención de enfermedades y los cuidados post alta por parte de la enfermera hospitalaria implica evaluar diversos aspectos, como:

Educación y asesoramiento: La enfermera evalúa si el paciente ha comprendido la información proporcionada durante la estancia hospitalaria y si está aplicando adecuadamente las medidas de prevención y los cuidados recomendados.

Adherencia al tratamiento: La enfermera evalúa si el paciente está tomando los medicamentos según las indicaciones médicas y si está siguiendo las recomendaciones terapéuticas después del alta.

Control de los síntomas: La enfermera evalúa si el paciente está experimentando algún síntoma o complicación y si está tomando las medidas adecuadas para controlarlos o buscar atención médica si es necesario.

Estilo de vida saludable: La enfermera evalúa si el paciente está adoptando cambios en el estilo de vida recomendados, como una alimentación saludable, actividad física regular y evitación de factores de riesgo, como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol.

Evaluación de los cuidados domiciliarios: La enfermera evalúa el entorno y las condiciones del hogar del paciente para identificar posibles barreras o riesgos para la salud y brindar recomendaciones adecuadas. Al evaluar y abordar las necesidades del paciente en términos de prevención de enfermedades y cuidados posteriores al alta, la enfermera puede contribuir a mejorar los resultados del paciente, prevenir complicaciones y fomentar la recuperación y la salud a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la valoración de la prevención de enfermedades y los cuidados post alta por parte de la enfermera hospitalaria es fundamental para garantizar la continuidad del cuidado y prevenir complicaciones posteriores al alta hospitalaria. La enfermera desempeña un papel clave en la educación, el asesoramiento y el seguimiento de los pacientes, promoviendo estilos de vida saludables y proporcionando cuidados personalizados. Al evaluar y abordar las necesidades del paciente en términos de prevención y cuidados posteriores al alta, la enfermera contribuye a mejorar los resultados de los pacientes y a promover su bienestar a largo plazo. La valoración de la prevención de enfermedades y los cuidados post alta por parte de la enfermera hospitalaria es esencial para asegurar una

transición segura y efectiva del paciente desde el entorno hospitalario hasta su hogar.

6 Bibliografía

1. Clínica Las Condes – Líder en Atención [Internet]. [citado 16 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Centros/Centro-Integral-del-AdultoMayor/componentes-del-Centro-Integral-del-Adulto-Mayor/Unidad-de-cuidados-del-adulto-mayor-UCAM
2. García G MA, Castillo F L. Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería. Rev Médica Chile. 2000;128(2):177-83.
3. Prevención de caídas y reducción de lesiones derivadas de las caídas. Cuarta edición [Internet]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/D0021_Prevencion_Caidas_2017.pdf
4. María Gabriela Artigas K. Normas de Seguridad del Paciente y Calidad de Atención Respecto de: Caídas en pacientes hospitalizados, Ministerio de Salud, Chile. [Internet]. Power point presentado en; Departamento de calidad, MINSAL. Disponible en: https://www. minsal.cl/portal/url/item/cede9e8208889580e040010165012d42.pdf
5. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clínica. 2011;1(72):11-6.

Capítulo 86

VALORACIÓN DE LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE LA ENFERMERA SEGÚN LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS

MARÍA JOSÉ DE LA TORRE BLÁZQUEZ

MARIA DEL CARMEN DE LA TORRE BLÁZQUEZ

SARA FERNÁNDEZ MUÑOZ

1 Introducción

La valoración de la administración de medicamentos por parte de la enfermera según las prescripciones médicas es una parte fundamental de la atención de enfermería. La enfermera es responsable de administrar medicamentos de manera segura y eficaz, siguiendo las indicaciones y prescripciones establecidas por los médicos. En esta introducción, exploraremos la importancia de la valoración de la administración de medicamentos por parte de la enfermera y los pasos clave involucrados en este proceso.

Después de administrar el medicamento, la enfermera registra la administración de manera precisa y completa en el registro de enfermería. Esto incluye la dosis administrada, la vía de administración, la hora de administración y cualquier observación relevante, como efectos secundarios o respuestas del paciente.

Es importante destacar que la valoración de la administración de medicamentos por parte de la enfermera se realiza en colaboración con el equipo médico y farmacéutico. La enfermera puede comunicarse con el médico para aclarar cualquier duda o discrepancia en la prescripción, y también puede consultar al farmacéutico en caso de necesitar información adicional sobre el medicamento y sobre las pautas que ha marcado el médico tanto de la dosis administrada como las pautas que se deben de seguir para poder administrársela a los pacientes.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:
Objetivos principales:
1. Conocer y evaluar las principales actuaciones que se ejercen desde los enfermeros en la administración de medicamentos a los pacientes.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el campo de la enfermería en la administración de medicamentos.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas
Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre febrero de 2023 y julio de 2023.
Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("medicine administration" OR medicines) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

La administración de medicamentos es una tarea crítica que requiere atención meticulosa a los detalles y el cumplimiento de pautas y políticas específicas. La enfermera realiza una valoración minuciosa de las prescripciones médicas antes de administrar cualquier medicamento al paciente. Esta valoración incluye varios pasos entre los que encontramos:

Verificación de la prescripción: La enfermera verifica cuidadosamente la prescripción médica para asegurarse de que esté completa y sea legible. También verifica que la prescripción esté dentro del alcance de su práctica y que no haya contradicciones o interacciones medicamentosas contraindicadas.

Identificación del paciente: Antes de administrar cualquier medicamento, la enfermera realiza una verificación de la identidad del paciente para asegurarse de que esté administrando el medicamento al paciente correcto. Esto se realiza utilizando identificadores únicos, como el nombre completo del paciente y su número de identificación.

Evaluación de la medicación: La enfermera revisa y evalúa el medicamento prescrito, incluyendo el nombre del medicamento, la dosis, la vía de administración y el horario de administración. También verifica la fecha de vencimiento y el aspecto físico del medicamento para garantizar su seguridad y eficacia.

Preparación del medicamento: Una vez que la enfermera ha verificado la prescripción y evaluado el medicamento, procede a la preparación adecuada del medicamento. Esto puede incluir la dilución de medicamentos, la extracción de la dosis correcta y la preparación de jeringas o infusiones intravenosas según sea necesario.

Administración del medicamento: La enfermera administra el medicamento al paciente según la vía de administración prescrita. Esto puede incluir la administración oral, intravenosa, intramuscular, subcutánea u otras vías específicas. Durante la administración, la enfermera garantiza la comodidad y la seguridad del paciente, observa cualquier reacción adversa y sigue los procedimientos de asepsia y seguridad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión podemos indicar tras el análisis de los datos analizados en nuestra revisión que, la valoración de la administración de medicamentos por parte de la enfermera según las prescripciones médicas es una tarea crítica para garantizar una administración segura y eficaz de los medicamentos. La enfermera realiza una valoración exhaustiva de la prescripción, verifica la identidad del paciente, evalúa el medicamento, prepara y administra el medicamento de manera adecuada, documenta la administración y realiza un seguimiento apropiado. Al llevar a cabo esta valoración, la enfermera desempeña un papel esencial en la

seguridad y el cuidado de los pacientes que se someten a medicación por parte de un facultativo.

6 Bibliografía

1. Velasquez M, Intriago K, Mera M, et al. La competencia de trabajo bajo presión en la correcta administración de medicamentos por los profesionales de enfermería. Rev Electrónica Form y Calid Educ [Internet]. 2022;10(1):1–15. Disponible en: https://refcale.uleam.edu.ec/index.php/refcale/article/view/3574
2. Poblete M, Miño C, Marchant C. Sobrecarga, equivocación, falta de capacitación: factores contribuyentes en errores de medicación en hospital público chileno.
Index de Enfermería [Internet]. 2020;29(3):112–6.
Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962020000200003&script=sci_arttext&tlng=en
3. Escandell F. Percepciones de los estudiantes de enfermería sobre la administración segura de medicamentos. Enferm Glob [Internet]. 2022 Jul 1;21(3):533–47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000300514&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Domínguez K, Arias M, Caballero E, Escudero E. Development of a safe drug administration assessment instrument for nursing students. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2020 Feb 3;28:e3246. Disponible en: http://www.scielo.br/j/rlae/a/DWgSySmhb45L3NmyZfn6pZR/abstract/?lang=es

Capítulo 87

LA ENFERMERÍA Y SU PAPEL CON LOS TRASPLANTES CARDIACOS Y LOS CUIDADOS DE SALUD PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS

ANA CRUZ SERRANO CUENCA

LIDIA SIMARRO TENDERO

SANDRA CEBRIAN MONTEAGUDO

1 Introducción

El trasplante cardíaco es un procedimiento médico complejo que salva vidas y mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades cardíacas graves. Sin embargo, el éxito de esta intervención no solo depende de la cirugía en sí, sino también de los cuidados de salud posteriores. En este contexto, la enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de los pacientes intervenidos de trasplante cardíaco.

En esta introducción, se explorará el papel crucial que desempeña la enfermería en el cuidado de los pacientes con trasplante cardíaco. Desde el preoperatorio hasta los cuidados postoperatorios y el seguimiento a largo plazo, los enfermeros y enfermeras brindan atención especializada, educación, apoyo emocional y seguimiento continuo para asegurar una recuperación exitosa y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

El objetivo principal de la enfermería en el trasplante cardíaco es proporcionar una atención integral y centrada en el paciente. Esto implica la preparación preoperatoria del paciente, donde se brinda educación sobre el procedimiento, se coordinan los exámenes necesarios y se asegura la preparación física y emocional del paciente. Durante la cirugía, los enfermeros y enfermeras colaboran estrechamente con el equipo de cirugía para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

Después de la cirugía, los enfermeros y enfermeras se encargan de brindar cuidados postoperatorios intensivos en la unidad de cuidados intensivos o en la unidad de cuidados coronarios. Monitorizan constantemente los signos vitales, administran medicamentos, manejan las líneas intravenosas y evalúan la respuesta del paciente al trasplante. Además, ofrecen educación al paciente y a su familia sobre los cuidados postoperatorios, la adherencia a la medicación y el manejo de posibles complicaciones.

A lo largo del seguimiento a largo plazo, los enfermeros y enfermeras continúan desempeñando un papel fundamental en la atención de los pacientes con trasplante cardíaco. Coordinan citas de seguimiento, monitorizan la función del injerto cardíaco a través de pruebas y estudios de seguimiento, y evalúan la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente. También brindan apoyo emocional y educación continua, y se comunican con otros profesionales de la salud según sea necesario.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:
Objetivos principales:
1. Conocer y evaluar los principales tratamientos y cuidados que se ejercen desde la enfermería y los trabajos en trasplantes cardiacos.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería cardiaca.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y julio de 2023.
Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (”heart transplant” OR ”nurse transplant”) AND (nursing OR nurse OR infirmary OR “work nursing”).

4 Resultados

La enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de los pacientes que han sido sometidos a un trasplante cardíaco. Estos pacientes requieren una atención especializada y un seguimiento riguroso para asegurar una adecuada recuperación y minimizar los riesgos de complicaciones. A continuación, se detalla el papel de la enfermería en el cuidado de los pacientes intervenidos de trasplante cardíaco:

Preoperatorio: La enfermera desempeña un papel importante en la preparación preoperatoria del paciente. Esto incluye la educación sobre el proceso del trasplante cardíaco, los cuidados postoperatorios, las expectativas y los posibles riesgos y complicaciones. La enfermera también se encarga de coordinar los exámenes preoperatorios y de asegurarse de que el paciente esté físicamente y emocionalmente preparado para la cirugía.

Asistencia en el quirófano: Durante la cirugía de trasplante cardíaco, la enfermera desempeña un papel crucial en el equipo de cirugía. Se encarga de preparar y esterilizar el equipo necesario, asegurarse de que se cumplan los protocolos de seguridad y asistir al cirujano durante el procedimiento. La enfermera también monitoriza constantemente al paciente, registrando y reportando cualquier cambio en su estado.

Cuidados postoperatorios: Después de la cirugía, la enfermera se encarga de brindar cuidados intensivos al paciente en la unidad de cuidados intensivos (UCI) o en la unidad de cuidados coronarios (UCC). Esto implica el monitoreo constante de los signos vitales, la administración de medicamentos, el manejo de las líneas intravenosas y la evaluación de la respuesta del paciente al trasplante. La enfermera también colabora estrechamente con otros profesionales de la salud, como médicos, fisioterapeutas y nutricionistas, para asegurar una atención integral.

Educación y apoyo al paciente: La enfermera proporciona educación al paciente

y a su familia sobre los cuidados postoperatorios, la adherencia a la medicación, la dieta y el manejo de posibles complicaciones. Se brinda apoyo emocional y se fomenta la participación activa del paciente en su propio cuidado. La enfermera también está disponible para responder preguntas, resolver dudas y proporcionar información adicional sobre el proceso de recuperación.

Seguimiento a largo plazo: Después del alta hospitalaria, la enfermera continúa desempeñando un papel importante en el seguimiento a largo plazo de los pacientes con trasplante cardíaco. Esto implica la coordinación de citas de seguimiento, la monitorización de la función del injerto cardíaco a través de pruebas y estudios de seguimiento, y la evaluación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente. La enfermera también está disponible para brindar apoyo y educación continuos, así como para coordinar la comunicación con otros profesionales de la salud cuando sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la enfermería desempeña un papel integral en el cuidado de los pacientes intervenidos de trasplante cardíaco. Desde la preparación preoperatoria hasta los cuidados postoperatorios y el seguimiento a largo plazo, la enfermera se encarga de brindar una atención especializada, educación, apoyo emocional y seguimiento continuo para asegurar una recuperación exitosa y mejorar la calidad de vida de los pacientes con trasplante cardíaco.
La enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado de los pacientes con trasplante cardíaco. Su dedicación, experiencia y atención especializada contribuyen en gran medida a la recuperación exitosa y a la mejora de la calidad de vida de estos pacientes. A lo largo de este trabajo, exploraremos en detalle el papel de la enfermería en los cuidados de salud para los pacientes intervenidos de trasplante cardíaco y su importancia en el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Butler J, Khadim G, Paul KM, et al. Selection of patients for heart transplantation in the current era of heart failure therapy.
J Am Coll Cardiol. 2004;43:787—93.
2. Vucicevic D, Honoris L, Raia F, Deng M. Current indications for transplantation: stratification of severe heart failure and shared decision-making. Ann Cardiothorac Surg. 2018;7:56—66.

3. Yusen RD, Edwards LB, Dipchand AI, Goldfarb SB, Kucheryavaya AY, Levvey BJ, et al., The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirty-third Adult Lung and Heart-Lung Transplant Report-2016; Focus Theme: Primary
Diagnostic Indications for Transplant. J Heart Lung Transplant.
United States;. 2016;35:1170—84.
4. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, et al. Palliative care in heart failure: A position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of
Cardiology. Eur J Heart Fail. 2009;11:433—43.
5. Fang JC, Ewald GA, Allen LA, et al. Advanced (stage D) Heart
Failure: A Statement from the Heart Failure Society of America
Guidelines Committee. J Card Fail. 2015;21:519—34.
6. McIlvennan CK, Allen LA. Palliative care in patients with heart failure. BMJ. 2016;353:i1010.

Capítulo 88

LA ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOSA VÍA PARENTERAL POR PARTE DE LA ENFERMERA HOSPITALARIA

LIDIA SIMARRO TENDERO

ANA CRUZ SERRANO CUENCA

SANDRA CEBRIAN MONTEAGUDO

1 Introducción

La administración de medicamentos vía parenteral es una práctica común en el ámbito hospitalario y desempeña un papel crucial en el cuidado de los pacientes. La enfermera hospitalaria tiene un papel fundamental en esta tarea, ya que es responsable de administrar medicamentos de manera segura y eficiente a través de diferentes vías parenterales, como inyecciones intramusculares, intravenosas, subcutáneas o intradérmicas.

La seguridad del paciente es una prioridad durante la administración de medicamentos vía parenteral. La enfermera debe verificar la identidad del paciente, asegurarse de que el medicamento correcto y la dosis adecuada sean administrados, y seguir las pautas establecidas para prevenir errores de medicación. Además, es importante que la enfermera esté atenta a posibles reacciones adversas y esté preparada para tomar medidas inmediatas en caso de emergencia.

La comunicación efectiva y la colaboración con el equipo de atención médica son aspectos esenciales en la administración de medicamentos vía parenteral. La enfermera debe mantener una comunicación clara y precisa con el médico prescriptor, otros profesionales de la salud y el paciente mismo, para garantizar la comprensión de las indicaciones y asegurar una atención integral.

La documentación adecuada es otra parte fundamental de la administración de medicamentos vía parenteral. La enfermera debe mantener un registro preciso de las dosis administradas, las vías utilizadas, los horarios de administración y cualquier observación relevante. Esta documentación es esencial para asegurar la continuidad de la atención y proporcionar información valiosa para futuras intervenciones. La administración de medicamentos vía parenteral es una práctica común en el entorno hospitalario y requiere de habilidades y conocimientos especializados por parte del personal de enfermería. La vía parenteral incluye la administración de medicamentos mediante inyecciones intramusculares, intravenosas, subcutáneas o intradérmicas. En esta introducción, exploraremos el papel de la enfermera hospitalaria en la administración segura y eficiente de medicamentos por vía parenteral.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:
Objetivos principales:
1. Conocer y evaluar las principales actuaciones que se ejercen desde los enfermeros en la administración de medicamentos vía parenteral.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el campo de la enfermería en la administración de medicamentos vía parenteral.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas
Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre enero de 2023 y mayo de 2023.
Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("medicine administration parenteral" OR medicines) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

La enfermera hospitalaria desempeña un papel fundamental en la administración de medicamentos vía parenteral. Su responsabilidad es garantizar que los medicamentos se administren de manera segura, siguiendo las pautas establecidas y respetando los principios de seguridad del paciente. Esto implica una serie de tareas y responsabilidades, como las siguientes:

Preparación de medicamentos: La enfermera es responsable de preparar los medicamentos antes de administrarlos. Esto implica verificar la dosis correcta, la fecha de vencimiento y la compatibilidad con otros medicamentos, así como preparar la forma de administración adecuada, ya sea una jeringa, una bolsa de infusión o un dispositivo de administración específico.

Técnicas de administración: La enfermera debe tener conocimientos y habilidades en técnicas de administración de medicamentos vía parenteral. Esto incluye la correcta técnica de inyección, la identificación y selección del sitio de administración apropiado, la preparación del área de inyección, y la administración segura y adecuada del medicamento en el tejido, el músculo o la vena.

Cálculo de dosis: Es responsabilidad de la enfermera calcular las dosis de medicamentos vía parenteral de acuerdo con las prescripciones médicas. Esto implica la comprensión de las unidades de medida, la relación entre la concentración y el volumen, y la aplicación de fórmulas matemáticas para calcular la dosis correcta para cada paciente.

Evaluación de la respuesta al medicamento: Después de la administración del medicamento, la enfermera debe realizar un seguimiento de la respuesta del paciente. Esto puede incluir la monitorización de signos vitales, la observación de posibles efectos secundarios o reacciones adversas, y la evaluación de la eficacia del medicamento en relación con los objetivos terapéuticos establecidos.

Educación al paciente: La enfermera también desempeña un papel importante en la educación al paciente y sus cuidadores sobre los medicamentos administrados por vía parenteral. Esto incluye explicar el propósito del medicamento, las posibles reacciones o efectos secundarios, las precauciones a seguir, y cualquier otro aspecto relevante para el paciente en relación con el medicamento.

Registro y documentación: La enfermera debe llevar un registro preciso de la administración de medicamentos vía parenteral, incluyendo la hora, la dosis, el sitio de administración y cualquier otra información relevante. Esto es fundamental para mantener un historial completo y preciso de la medicación del paciente, y para garantizar la continuidad de la atención.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la administración de medicamentos vía parenteral por parte de la enfermera hospitalaria es una responsabilidad crucial en el cuidado de los pacientes. A través de la preparación adecuada, las técnicas de administración seguras, el cálculo preciso de dosis, la evaluación de la respuesta al medicamento, la educación al paciente y la documentación adecuada, la enfermera contribuye a garantizar la seguridad y la efectividad de la terapia farmacológica. Su enfoque profesional y su conocimiento especializado son fundamentales para brindar una atención de calidad y promover el bienestar de los pacientes. La administración de medicamentos vía parenteral por parte de la enfermera hospitalaria requiere habilidades técnicas y conocimientos especializados. La enfermera debe estar familiarizada con las diferentes vías de administración y conocer las técnicas apropiadas para cada una de ellas. Además, debe tener un conocimiento profundo de los medicamentos que administra, incluyendo su dosificación, posibles efectos secundarios y consideraciones especiales.

6 Bibliografía

1. Andrey B.; Shirlee J.; Snyder B.; Glenora E.; Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica, 9na Edición, España-Madrid; 2013.
2. Aya A. & Suarez A.; Error en la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización de una institución colombiana de cuarto nivel. Revista colombiana de enfermería; Pág. 21-222014.; Recuperado de: http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colo
mbiana _enfermería/volumen9/004-articulo2.pdf
3. Campos D., Díaz L.; Satisfacción de las usuarias post-cesareadas con la Calidad de los cuidados proporcionados por el profesional de Enfermería de la unidad clínica de Gineco-obstetricia; Universidad Central de Venezuela; 2007.
4. Cisneros F.; Fundamentos de enfermería: Teorías y Modelos de Enfermería. Programa de Enfermería. Universidad Del Cauca Popayán-Colombia; 2005.
5. Franco E.; Seguridad en la administración de medicamentos parenterales en la

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico; universidad católica de Santiago de Guayaquil; 2012.
6. Leonel A, Hernández J, Arizmendi M, F, Ortiz G.; Errores de enfermería en la atención hospitalaria. Rev. Enferm Inst Mex Seguro [en línea]; Pág. 140; 2011.
Teixidor M.; Manual de enfermería nueva edición; Barcelona-España; ed. océano; 2011. Tomala N., Yumisaca N

Capítulo 89

LOS TRATAMIENTOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA POR PARTE DE LA ENFERMERA

SANDRA CEBRIAN MONTEAGUDO

LIDIA SIMARRO TENDERO

ANA CRUZ SERRANO CUENCA

1 Introducción

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son componentes esenciales en la atención primaria, y la enfermera desempeña un papel fundamental en la implementación de estos tratamientos. La enfermera, como profesional de la salud cercano al paciente, tiene la capacidad de brindar educación, asesoramiento y cuidados preventivos que contribuyen a mejorar la salud y prevenir enfermedades. En esta introducción, exploraremos el papel de la enfermera en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en pacientes de atención primaria.

La enfermera en atención primaria tiene un enfoque holístico, considerando no solo la enfermedad actual del paciente, sino también su bienestar general y la prevención de futuras enfermedades. A través de una valoración exhaustiva, la

enfermera identifica los factores de riesgo individuales de cada paciente y evalúa sus necesidades de salud. Esto permite diseñar planes de cuidado personalizados y brindar recomendaciones específicas para promover la salud y prevenir enfermedades.

La educación en salud es una parte integral del trabajo de la enfermera en atención primaria. Mediante la entrega de información clara y accesible, la enfermera educa a los pacientes sobre hábitos de vida saludables, como una dieta equilibrada, la importancia de la actividad física regular, el control del estrés y el mantenimiento de un peso saludable. También se enfoca en la educación sobre la prevención de enfermedades específicas, como el cáncer, las enfermedades cardíacas, la diabetes y las enfermedades infecciosas.

La enfermera también desempeña un papel crucial en la promoción de la vacunación. A través de la administración de vacunas y la promoción de programas de inmunización, la enfermera contribuye a prevenir enfermedades infecciosas y proteger a los pacientes de posibles complicaciones. Además, la enfermera brinda información sobre la importancia de las vacunas, sus beneficios y posibles efectos secundarios, para ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre su salud.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:
Objetivos principales:
1. Conocer y evaluar los principales tratamientos que se realizan en el campo de la enfermería de la promoción de la salud en la atención primaria.
Objetivos Secundarios:
1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería y su relación con los pacientes que están en atención primaria.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas
Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y julio de 2023.

Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“Primary Care” OR “Primary Care”) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

La enfermera desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en pacientes de atención primaria. Su enfoque integral y su proximidad con los pacientes les permiten brindar cuidados preventivos y educación en salud de manera efectiva. A continuación, se proporciona información sobre los tratamientos en promoción de la salud y prevención de enfermedades que la enfermera lleva a cabo en pacientes de atención primaria.

Valoración de riesgos y necesidades de salud: La enfermera realiza una valoración integral de los pacientes, teniendo en cuenta factores como el historial médico, estilo de vida, antecedentes familiares y otros determinantes de salud. Esta valoración permite identificar los factores de riesgo y las necesidades de salud individuales de cada paciente.

Educación en salud: La enfermera proporciona educación en salud a los pacientes, informándoles sobre los hábitos de vida saludables, la importancia de la actividad física, la nutrición equilibrada, la higiene adecuada y la prevención de enfermedades específicas. También brinda información sobre los exámenes de detección y las vacunas recomendadas.

Asesoramiento en cambios de comportamiento: La enfermera asesora a los pacientes sobre cómo realizar cambios positivos en su estilo de vida, como dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol, mantener un peso saludable y manejar el estrés. Proporciona estrategias prácticas y apoyo emocional para ayudar a los pacientes a adoptar comportamientos saludables y mantenerlos a largo plazo.

Promoción de la vacunación: La enfermera promueve la importancia de la vacunación y administra las vacunas recomendadas según el calendario de inmunización. Esto incluye vacunas contra enfermedades como la gripe, el tétanos, la difteria, la tos ferina, el neumococo y otras enfermedades prevenibles.

Detección temprana de enfermedades: La enfermera realiza exámenes de detección y chequeos regulares para identificar enfermedades en etapas tempranas. Esto puede incluir la medición de la presión arterial, el control de la glucosa en

sangre, la toma de muestras para análisis de laboratorio y la realización de pruebas específicas según las necesidades individuales de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la enfermera desempeña un papel crucial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en pacientes de atención primaria. Su enfoque centrado en el paciente, su educación en salud y su capacidad para proporcionar cuidados preventivos hacen que sean profesionales clave en la atención primaria. Trabajando en estrecha colaboración con los pacientes, la enfermera ayuda a mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades a través de la promoción de la salud y la adopción de comportamientos saludables. La enfermera coordina los cuidados entre diferentes profesionales de la salud, asegurando una atención integral y continua para los pacientes. Esto implica la comunicación efectiva con médicos, especialistas y otros miembros del equipo de atención primaria para garantizar una atención integral y basada en la evidencia.

6 Bibliografía

1.Martínez J. Qué papel desempeñan las enfermeras comunitarias en el marco de la AtenciónPrimaria de salud. Elseiver. 2018;: p. 2,3.
2.Hernández L, Caballero B, Muñoz C. La participación comunitaria como eje de la atención primariade la salud. Scielo. 2019;: p. 219,220.
3.Hanna M, Villadiego M. La administración de enfermería en el área clínica y sus implicaciones en el cuidado. Revista Colombiana de
Enfermería. 2018;: p. 67,68.
4.Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Atención Primaria en
Salud: Actividades de la APS.Bogotá; 2018.
5.Universidad de Valencia. Educación para la salud: definición y métodos fundamentales. Valencia:;2018.
6.Ministerio de Salud Pública. Educación y comunicación para la promoción de la salud. Ecuador:;2019.

Capítulo 90

MEDICIÓN DEL PULSO

RUBÉN REQUENA LÓPEZ

MARÍA MARTHA MANCEÑIDO RAMIREZ

MARIA TERESA ARRIBAS CAMARGO

ERIKA ESTHER RAMÍREZ GARCIA

MARÍA JESÚS GÓMEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Cuando el corazón bombea sangre se reflejan los latidos en las arterias, esos reflejos o pulsaciones provocan las expansiones de los vasos al pasar la sangre bombeada, esto es lo que entendemos por pulso.

Nuestro interés al medir el pulso es analizar el ritmo cardíaco, la frecuencia cardíaca, la tensión... Al medir el ritmo cardíaco verificaremos la regularidad de los latidos para descartar arritmias.

Cuando medimos el número de latidos por minuto (lpm) estamos consiguiendo la frecuencia cardíaca, debemos tener en cuenta que el valor normal de un adulto está entre los 60 y los 80 lpm. En los niños y los recién nacidos las medidas son más altas.

Cuando nos encontramos una frecuencia cardíaca por encima de los 100 lpm estaremos ante una taquicardia, sin embargo, si la frecuencia cardíaca está por debajo de los 50 lpm lo que estaremos presenciando es una braquicardia.

Con los dedos índice y medio haremos presión en el lugar que queramos medir el pulso, si al comprimir la arteria nos cuesta hacerlo desaparecer tendremos lo que se denomina el pulso lleno o palpitante, contrario, comprime fácilmente lo denominaremos pulso débil o filiforme.

Como tensión entendemos el grado de comprensión de la pared arterial e indica el grado de presión que tiene la sangre en ese punto. Podemos encontrarnos con un pulso suave o duro, esto depende de si el pulso desaparece con una mayor presión (duro) o menor presión (suave).
Debemos tener en cuenta que uno de los factores que influyen es la elasticidad de las arterias.

Hablamos de hipertensión.
El pulso se mide manualmente con los dedos índice y corazón en los lugares donde las arterias están más próximas a la piel, podemos ver los distintos pulso según la zona:

La arteria que recorre cerca de la sien (en el ojo) nos da el llamado pulso temporal; si medimos la arteria en la parte lateral del cuello tendremos el puso carotideo; en la arteria humeral, la cara interior del bíceps obtenemos el pulso humeral; en la flexura del codo, entre la línea media y el borde interno de la cara interior está el pulso braquial; en la arteria femoral sobre el. medio de ligamento inclinar se encuentra el pulso femoral…

2 Objetivos

En el desarrollo de este capítulo aprenderemos a determinar la frecuencia al ritmo volumen y simetría de los pulsos para valorar la función cardíaco circulatoria e identificar anomalías y las hay.

3 Metodología

Para el desarrollo de esta publicación hemos consultado varios temarios específicos de Técnicos en Auxiliares de Enfermería. Cuidados Básicos de Enfermería aplicadas a las necesidades Humanas.
Así como artículos científicos publicados en internet a través de Google Académico.

Sin dejar de lado nuestra experiencia laboral propia, en el sistema sanitario público SERMAS.

4 Resultados

PASOS A SEGUIR PARA LA MEDICIÓN DEL PULSO.

PULSO PERIFÉRICO:
Debemos seguir el protocolo para la medición del pulso.
Como siempre nos lavaremos las manos antes de tocar al paciente y le explicaremos el procedimiento que vamos a seguir.
Es importante que el paciente esté relajado, sin haber hecho ejercicio previamente, y en una postura cómoda sentado o acostado.
Para proceder a la medición del pulso colocaremos los dedos índice y medio en la zona donde pasa la arteria que queremos palpar y presionaremos un poquito. Nunca tomaremos el pulso con el dedo pulgar porque podemos confundir las pulsaciones del paciente con las de nuestro propio dedo pulgar. Cuando medimos el pulso contamos las mediciones durante 30 segundos y luego lo multiplicamos por dos para obtener los latidos por minuto. Se apreciamos irregularidades en el pulso, como arritmia o braquicardia, tomaremos de nuevo el pulso durante un minuto completo.
MEDICIÓN DEL PULSO APICAL

En la medición del pulso apical seguiremos el protocolo establecido.
En este caso nos lavaremos las manos y además, usaremos guantes.
Colocaremos al paciente en posición decúbito supino o Fowler, descubriendo la zona torácica. En el pulso apical, se oculta el propio corazón, colocando el fonendoscopio a la altura del quinto espacio intercostal. En este caso contaremos durante un minuto completo el pulso para obtenerla frecuencia cardíaca.

MEDICIÓN DEL PULSO CENTRAL-RADIAL.

Es la medición simultanea del pulso en la zona central y en la zona radial durante un minuto. Esta técnica la realizan dos enfermeras o auxiliares. Si el pulso apical y el radial no coinciden, indica la existencia de una patología.

MONITORIZACIÓN
Se realiza a través de unos electrodos en el pecho que registran la actividad eléctrica del corazón, representando una gráfica del latido cardiaco y la cifra de lati-

dos por minuto. El número de electrodos a colocar es variable; pueden ser de tres a cinco, distribuidos en el tórax.

MEDICIÓN CON TÉCNICAS INVASIVAS
Únicamente se emplean cuando es necesario monitorizar la tensión arterial, ya que el monitor registra simultáneamente las dos constates vitales.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el pulso es el reflejo del latido del corazón en nuestras arterias, por ello su medición, tanto manual como con pulsímetro, nos reflejará la situación del corazón.
Pudiendo encontrarnos con patologías cardiacas y/o respiratorias o controlar las ya existentes.
El valor normal en un adulto está entre 60 lpm y 80 lpm en reposo.

A la hora de proceder a la medición del pulso tenemos varias técnicas que utilizaremos según el estado del paciente, pues, según las zonas en el cuerpo se pueden obtener mejores resultados cuando el pulso es más débil.

Es recomendable que los pacientes con enfermedades cardiacas crónicas o de tercera edad tengan un pulsímetro en casa para controlar tanto la saturación de oxígeno en sangres como las anomalías del pulso, si las hubiera.

6 Bibliografía

Experiencia laboral en los hospitales públicos del sistema sanitario SERMAS:
- Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.
- Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid

Artículos consultados en internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232009000200007&script=sci_arttext&tlng=en
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359316301289
https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/procedimientos-generales-de-enfermeria/medicion-de-constantes-vitales/medicion-de-la-frecuencia-cardiaca/#::text=OBJETIVOS,en%20la%20evoluci%C3%B3n%20del%20paciente.

Capítulo 91

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LA OXIGENOTERAPIA

MARIA TERESA ARRIBAS CAMARGO

RUBÉN REQUENA LÓPEZ

MARÍA MARTHA MANCEÑIDO RAMIREZ

ERIKA ESTHER RAMÍREZ GARCIA

MARÍA JESÚS GÓMEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

La oxigenoterapia es el tratamiento para resolver problemas de hipoxia en pacientes que necesitan una administración de oxígeno en una concentración mayor a la que se obtiene del aire, o sea, mayor al 21%.
Los Técnicos Auxiliares de Enfermería deben saber identificar los síntomas de dificultad respiratoria en el paciente, tales como: sudoración, palidez, confusión y aprensión, temor e inquietud, cianosis, respiración rápida y superficial, pulso filiforme y rápido…

Antes de administrar el oxígeno al paciente se suele realizar una gasometría arterial, que consiste en la extracción de una muestra de sangre para obtener los valores de:

Presión parcial de oxígeno (entre 90 y 100mmHg por debajo de estos valores el paciente se encontraría en hipoxia).
Presión parcial del dióxido de carbono (entre 35 y 45 mmHg por encima de estos valores el paciente se encontraría en hipercapnia).
Capacidad de eliminación del CO2 por parte de los pulmones.
Valor del Ph.
Saturación de oxígeno.
En el desarrollo de este capítulo veremos algunas de las maneras más comunes de administrar oxígeno a los pacientes y el uso de los dispositivos más conocidos. Revisaremos cómo funcionan estos dispositivos y cuándo deben usarse, sus características más destacadas, las precauciones a tomar durante su empleo.
Los dispositivos para la oxigenoterapia pueden dividirse en dos grupos, dependiendo de si cubren la totalidad o solo una parte de los requerimientos respiratorios del paciente.

LOS SISTEMAS DE CONCENTRACIÓN VARIABLE también conocidos como "de bajos flujos" administran oxígeno a flujos inferiores a los requisitos respiratorios del paciente de modo que éste completará su respiración con aire ambiente.
Estos dispositivos serían las cánulas nasales, mascarillas de concentración media y mascarilla de alta concentración.
LOS SISTEMAS DE CONCENTRACIÓN FIJA o "altos flujos" administran la totalidad del oxígeno requerido por el paciente, estos dispositivos serían: válvulas Venturi individuales, válvulas Venturi de concentración variable, kid de oxígeno para reanimación y dispositivos para humidificación.

2 Objetivos

En este capitulo aprenderemos los distintos dispositivos que se utilizan para la oxigenoterapia en pacientes con hipoxia.
Veremos como se manejan y las precauciones que debemos tener en cuenta, tanto con los paciente como con los mismos dispositivos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capitulo hemos visitado varias publicaciones científicas a través del buscador Google Académico.
Hemos aportado datos sobre nuestra propia experiencia laboral, también hemos consultado varios temarios específicos de Técnico Auxiliar de Enfermería sobre

el tema de la oxigenoterapia.

4 Resultados

* USO DE BOMBONAS DE OXÍGENO:
Son cilindros portátiles, se usan en urgencias o domicilio, las bombonas llevan acoplados:
- Regulador de presión, manómetro de presión o manorreductor: reduce la presión del oxígenos a niveles seguros y manejables. Su escala es graduada en Km/cm2.
- Medidor de flujo o cuadalímetro, sirve para regular el gas en litros por minuto (l/min) dependiendo de la cantidad que queramos administrar.
- Humidificador, se usa con agua destilada para evitar la desecación de las musosas. El oxígeno se impregna de vapor de agua antes de llegar al paciente. Cuantas más burbujas de agua se hagan más vapor de agua conseguiremos.

LA TÉCNICA DE UTILIZACIÓN DE LAS BOMBONAS DE OXÍGENO:
1. Abrir ligeramente la rueda de mano y cerrarla rápidamente para retirar cualquier suciedad de los orificios de salida.
2. Comprobar que el indicador de flujo funciona correctamente.
3. Llenar la botella del humidificador con agua destilada estéril hasta la marca indicada en el recipiente. Colocarlo en su posición de uso.
4. Al abrir la válvula de la bombona por completo, el manorreductor muestra la presión de la bombona. Con ello se sabe el nivel de llenado.
5. Conectar el sistema de administración de CO2 al humidificador.
6. Regular el flujo prescrito por el médico en l/min.
7. Colocar el sistema al paciente y acomodarlo.
8. Registrar la técnica y las posibles incidencias.

SISTEMA CENTRAL DE OXÍGENO HOSPITALARIO:
Es conducido por tuberías hasta la habitación del paciente, donde sale por la toma de oxígeno en la pared. En la mayoría de los casos, hay que comprobar el estado del enfermo durante la primera hora. Después, llevar una vigilancia normal según el protocolo de la unidad.

LA TÉCNICA DE UTILIZACIÓN DEL SITEMA CENTRAL HOSPITALARIO:
1. Informar al paciente de lo que va hacer.
2. Elevar la cabecera de la cama para colocarlo en la posición de Flower (si no está contraindicado).
3. Conectar el caudalimetro a la toma de O2 de la pared.

4. Llenar el humidificador con agua destilada estéril hasta la marca indicada o usar una botella de agua destilada estéril, específica para este fin.
5. Conectar el humidificador al caudalímetro.
6. Conectar el sistema de administración de O2 pautado por el médico al humidificador y al paciente.
7. Regular el flujo prescrito por l/min.
8. Comprobar que el sistema funciona correctamente, colocárselo al paciente y acomodarlo.
9. Registrar la técnica y las posibles incidencias en la hoja de cuidados.

* USO DE CANULA NASAL O GAFA NASAL:

Permite al paciente hablar y comer sin quitárselo. Se administra O2 a bajas concentraciones, entre 22 y 30%, dependiendo de lo l/min suministrados.

LA TÉCNICA DE CANULA NASAL O GAFA NASAL:

1. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
2. Explicarle al paciente el procedimiento, recordándole que respire por la nariz, ya que si lo hace por la boca diluye la concentración de O2 que recibe.
3. Conectar las gafas nasales al sistema de flujo.
4. Regula el flujo a lo l/min. Prescritos por el médico.
5. Adaptar las gafas al paciente colocando las dos salidas de O2 en los dos orificios nasales, pasándolas detrás de las orejas y ajustándolas por debajo de la barbilla.
6. Comprobar la comodidad del paciente. Anotar la técnica y las incidencias.
7. Vigilar el estado de la nariz por si aparecen irritaciones. Almohadillar detrás de las orejas para evitar la aparición de las úlceras.

* USO DE MASCARILLA FACIAL:

Las mascarillas simples son las empleadas durante el transporte de urgencia leve y para pacientes con hipoxemia o dificultad respiratoria leve. La concentración de oxígeno es entre 40 y 60%, con un flujo de 5-8 litros/minuto. Tiene el inconveniente de ser poco confortable y normalmente se toleran mal.

LA TÉNICA DE MASCARILLA FACIAL:

1. Lavarse las manos y ponerse guantes.
2. Informar al paciente de la técnica.
3. Conectar la mascarilla a la toma de oxígeno.
4. Colocar la mascarilla sobre el paciente.

5. Adaptar la cinta elástica y la tira metálica al paciente.
6. Seleccionar el flujo de oxígeno y abrir la válvula.

LA MASCARILLA DE TIPO VENTURI:
Consiguen una mezcla constante del oxígeno con el aire ambiente, conjugando el tamaño del orificio de entrada y el flujo de O2 suministrado. Se usan concentraciones de entre el 21 y el 50%.

LAS MASCARILLAS CON RESERVORIO se emplean cuando el paciente necesita altas concentraciones de oxígeno, como cuando se da una insuficiencia respiratoria hace o por intoxicación con monóxido de carbono.
Existen dos tipos de mascarillas con reservorio:
- Mascarillas de reinhalación parcial: el aires espirado por ele paciente retorna a la bolsa y parte de este se vuela a inspirar. Aportan una concreción de oxígeno del 40 al 70%. Tiene como inconveniente que, en caso de no adecuar bien el flujo de oxígeno, se puede inhalar dióxido de carbono.
- Mascarillas de no reinhalación: A diferencia de la anterior, poseen una válvula unidireccional entre la bolsa y la máscara que evita que el aire espirado retorne a la bolsa. La concentración de oxígeno es del 60 al 80%.

USO DE SONDA NASOFARINGEA O SONDA DE NELATON (Catéter Nasal)
Tiene una longitud de 15 a 20 cm, con orificios en un extremo. Permite las concetraciones de O2 entre un 30 y un 35%.

OTROS DISPOSITIVOS:
-Mascarillas de traqueotomía: se adaptan a la cánula de traqeuotomía, suministrando concentraciones de O2 del 35 al 70%. Se regulan igual que las mascarillas de tipo Venturi.
-Tiendas de oxígeno:
Parcial, se introduce únicamente la cabeza y se usan para los niños.
Completa, cubre al paciente entero.
Se puede regular la concentración de O2, la temperatura, la humdad…
Antes de introducir al paciente hay que oxigenar la tienda durante unos 20 minutos aproximadamente. El principal problema es que si necesitamos abrir la tienda, disminuye la concentración de O2.
- Incubadoras: se utilizan en recién nacidos. Permiten utilizar la concentración de oxígeno de O2, la temperatura y la humedad.
- Respiradores o ventiladores.
- Sistemas de ventilación artificial manual por medio de un balón auto inflable al que se le puede conectar una toma de O2 y un reservorio.

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD:
Debemos asegurarnos que el material eléctrico que se utiliza cerca del paciente está en perfectas condiciones, para evitar chispas, cortocircuitos…
Evitaremos materiales que generen electricidad estática, como mantas de lana o tejidos sintéticos.
Los pacientes que están en una tienda no se deben peinar, ya que pueden generar chispas y salir ardiendo. Evitar el uso de materiales inflamables volátiles cerca de estos pacientes.
Colocaremos el equipo de monitorización en el lado de la cama opuesto a la fuente de O2.
Vigilaremos y almohadillar los puntos de apoyo de los distintos dispositivos para evitar UPP.
Humedecer los labios de las personas que están con oxigenoterapia con agua, no utilizar productos que contengan grasa como la vaselina.

5 Discusión-Conclusión

Cuando un paciente tiene problemas de hipoxia podemos tratarle con oxigenoterapia, dependiendo de sus necesidades el médico responsable le pautará la administración de oxígeno con un dispositivo y otro.
En este capítulo hemos repasado los más comunes, su uso y precauciones.
Debemos revisar siempre los aparatos para asegurarnos que le administramos al paciente el oxígeno que tiene pautado, revisar las conexiones por si hay fugas, mantener limpios los dispositivos…
Debemos asegurarnos que el paciente esté cómodo e ir informándole de los pasos que vamos a dar, si le ponemos mascarilla, gafa, ajustamos el oxígeno…
En caso de oxigeno terapia a domicilio debemos informar a la familia del peligro que tiene fumar cerca de la bombona y los demás riesgos que hemos visto anteriormente.

6 Bibliografía

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569115001217
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492020000700026
Temario de Cuidados Básicos de Enfermería

Experiencia laboral propia en hospitales de SERMAS:

- Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.
- Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid

Capítulo 92

LA PRONACIÓN EN PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS

AROA REGUERO SUAREZ

1 Introducción

El decúbito prono es una posición anatómica en la que colocamos al cuerpo del paciente, también puede conocerse como decúbito ventral, esta posición consiste en colocar el cuerpo de nuestro paciente boca abajo y con su cabeza girada hacia un lado, brazos bien pegados al tronco y las palmas de las manos hacia arriba.

La técnica debe pronar al paciente o lo que es igual ponerlo en decúbito prono se utiliza mucho en los servicios especiales como son las unidades de cuidados intensivos (en estos últimos tiempos muy utilizado para los pacientes con COVID-19), ya que resulto de gran ayuda en algunos casos para que el paciente tuviera una evolución más favorable de la enfermedad, aparte de utilizar esta técnica para pacientes con COVID-19 es empleada también para pacientes con dificultades respiratorias agudas, ya que regula la saturación del paciente.

Es muy importante a la hora de realizar esta técnica estar formado para ella, siendo necesario la unión del equipo de sanitarios, siendo necesarios al menos cinco personas para ello, una persona a la cabeza del paciente dos en la parte superior del paciente y dos a la parte inferior del paciente, es muy importante la coordinación de nuestro equipo, ya que a la hora del giro pueden aparecer complicaciones importantes como puede ser la Extubación del paciente, que el

paciente pueda llegar a broncoaspirar, arrancar sondajes etc., por todo ello la importancia de tener una buena técnica a la hora de realizar la pronación.

2 Objetivos

Los objetivos que queremos conseguir cuando pronamos a un paciente es una ayuda favorable en la evolución de su enfermedad, consiguiendo un aumento de oxígeno en la sangre del paciente y así anudándole a aumentar la saturación,

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realizan varias revisiones bibliográficas en las diferentes bases de datos como pueden ser: Wikipedia, Google académico, PubMed, Scielo.
Utilizando palabras descriptoras como: pronar, decúbito prono, equipo de enfermería, unidad de cuidados intensivos- Covid-19.

4 Resultados

La técnica de pronar o la llamada decúbito prono es cada vez es más empleada para colocar a los pacientes en esta postura sobre todo en las unidades de cuidados intensivos, ya que tiene un efecto positivo sobre el paciente notándose así una mejoría en la oxigenación y también es favorable para la eliminación de las secreciones entre otras, en la actualidad no existe un tiempo determinado para que el paciente permanezca en esta posición, pero sí que en algunos estudios realizados aconsejan que los pacientes no lleguen a superar las 24 horas seguidas en esta posición pudiendo ser repetida esta maniobra varias ocasiones, Otro punto muy importante para obtener buenos resultados es que el equipo de enfermería esté totalmente formado a la hora de realizar esta técnica para poder actuar de manera rápida y firme siendo muy importante también entre ellos una coordinación perfecta, ya que cualquier error puede ocasionar graves problemas como puede ser la extubacion del paciente, la eliminación abundante de secreciones siendo necesario detenerse para aspirar al paciente, la perdida de vías centrales, vesicales, drenajes etc.
Para la realización de esta técnica se necesita como mínimo la presencia de 5 personas (médicos, enfermeras, auxiliares y celadores) distribuidos 1 en la cabeza del paciente sujetando el respirador,2 en la parte superior del paciente y otro

dos en la parte inferior del paciente también es importante tener a mano los materiales que necesitaremos para pronar al paciente, en la parte de la cabeza será de gran ayuda tener preparado un rodete para tener libre de sentir presión en los ojos, orejas o nariz, y almohadas repartidas en tórax llegando, pelvis y tibia, este tipo de paciente pronado necesitan un plan de cuidados muy individualizado, tanto el cambio de posición de la cabeza cada 2 horas mínimo, cuidado de ojos, piel etc.

5 Discusión-Conclusión

Esta técnica cada vez es más utilizada en las unidades de cuidados intensivos, ya que resulto ser muy favorecedora en la evolución de recuperación de los pacientes con trabajo respiratorio, consiguiendo así un aumento de oxigenación en la sangre, eliminación de secreciones, etc. Incluso siendo de gran ayuda en algunos casos en pacientes sin sedar.

Muy importante un plan de actuación del equipo de enfermería, ya que la formación de los sanitarios ayudo a realizar esta técnica de manera más rápida y eficaz, reduciendo así el número de complicaciones que se pueden llegar a presentar.
También es muy importante un plan de cuidados, así podremos ofrecer y garantizar al paciente unos cuidados de calidad.

6 Bibliografía

1. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network: Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med 2000; 342:1301-8. [Links]
2. Ward NS. Effects of prone position ventilation in ARDS, an evidence-based review of the literature. Crit Care Clin 2002; 18(1):35-44. [Links]
3. Hedenstierna G, Lattuada M. Gas exchange in the ventilated patient. Curr Opin Crit Care 2002; 8:39- 44. [Links]
4. Pelosi P, Brazzi L, Gattinoni L. Prone position in acute respiratory distress syndrome. Eur Respir J 2002; 20:1017-28. [Links]
5. Ashbaugh DG, Bigelow DB, Petty TL, et al. Acute respiratory distress in adults. Lancet 1967; 2:319-23. [Links]
6. Murray IE, Matthay MA, Luce JM, et al. An expanded definition of the adult respiratory distress syndrome. Am Rev Respir Dis 1988; 139:1065-70. [Links]

7. Bernard GR, Artigas A, Brigham KL, et al. The American-European Consensus Conference on ARDS: definitions, mechanisms, relevant outcomes and trial coordination. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149:818-24. [Links]
8. Ware LB, Matthay MA. The acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med 2000; 342:1334-49. [Links]
9. Amato MB, Barbas CS, Medeiros DM, et al. Effect of a protective-ventilation strategy on mortality in the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med 1998; 338:347-54. [Links]
10. Bigatello LM, Patroniti N, Sangalli F. Permissive hipercapnia. Curr Opin Crit Care 2001; 7:34-40. [Links]
11. Arnold JH. High frequency ventilation in the pediatric intensive care unit. Pediatr Crit Care Med 2000; 1:93-99. [Links]

Capítulo 93

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN QUIRÓFANO

EVA MARIA LEAL MARTIN

MARIA VICTORIA DELGADO CASADO

CLAUDIA VALVERDE CEGISMUNDO

MARTA MORENO DELGADO

FRANCISCA VICENTE URBANO

1 Introducción

Los TCAE formamos parte del equipo de quirófano teniendo un papel bastante importante bajo la supervisión de los enfermeros y tenemos una amplia lista de funciones a realizar:
-Prepararemos el quirófano para la intervención.
-Recepción del paciente
-Posición del paciente en mesa quirúrgica una vez hayamos hecho su ingreso, dándole los EPI necesarios como gorro, bata y calzas desechables.
-Mientras dura la intervención tenemos otra variedad de funciones como por ejemplo; debemos facilitar el material necesario en cada momento de la intervención, ayudaremos al equipo de enfermería en todo lo que precise, limpiaremos material, atendemos al paciente en todo momento etc.

Cuando la intervención se da por finalizada;
-Debemos recoger, limpiar y desinfectar el quirófano para próximas intervenciones, así también como limpiar, desinfectar y esterilizar el material usado durante la intervención.
Nosotros, como auxiliar de enfermería son muchas las funciones que tenemos a desarrollar, todas nuestras funciones van sujetas a protocolos que debemos seguir al pie de la letra para evitar complicaciones, infecciones o bacterias.
Hay que seguir siempre indicaciones de cirujanos o equipo de enfermería, debemos estar a su disposición por si precisan cualquier cosa haciendo un equipo entre todos y trabajando en coordinación, sin olvidarnos de estar para nuestro paciente desde que es ingresado hasta que es dado de alta.
El TCAE como bien he mencionado antes tiene un papel muy importante en quirófano, ya que no solo debe trabajar en equipo y de manera coordinada con los demás profesionales sanitarios, si no, porque lleva a cabo muchas funciones como las de limpieza, desinfección y esterilización de material, colocación y reposición de material en el almacén, y lo más importante atender a nuestros pacientes con una atención primaria e integral, ya que vamos a ser sus profesionales de referencia.

2 Objetivos

Describir las funciones principales del TCAE en el quirófano.

3 Metodología

La información sacada para realizar este trabajo de investigación sanitaria se ha cogido de diferentes fuentes de internet, así como de varias enciclopedias médicas y libros de teoría, no sin recalcar la propia experiencia laboral que ahora mismo estoy desempeñando en un hospital público en quirófano, con ello he aprendido más sobre el TCAE en quirófanos y la importancia de seguir los protocolos al pie de la letra para mis días trabajando en quirófanos.

4 Resultados

El TCAE en quirófano tiene muchas funciones, vamos a hablar de ellas más detalladamente;
Primer paso a realizar es preparar el quirófano antes de la intervención;

-Deben estar colocados y bien puestos antes y después de la intervención el inmobiliario y aparatos quirúrgicos ayudándonos del equipo de enfermería, y junto a ellos realizamos la puesta del equipo textil-desechable, lavado quirúrgico y preparación del instrumental.
Tenemos que verificar que el sistema de aspiración conectado a vacío que va a ser utilizar en la anestesia durante la intervención esté correcto.
-Recepción al paciente: Debemos recibir al paciente de una manera correcta, pidiendo su tarjeta sanitaria, le pondremos una pulsera identificativa con sus datos, nombre, apellidos, edad etc… debemos asegurarnos que su historia clínica coincida con estos datos de la pulsera para que no surjan errores.
Junto al equipo de enfermería acompañaremos al paciente, guardaremos sus objetos personales y lo acompañamos hasta el quirófano, antes de entrar, le daremos botella o cuña si precisa y sus epis desechables.
Evitaremos las lesiones al paciente, retirándole accesorios del pelo, poniéndole un gorro desechable, quitaremos joyas si las llevan, no puede llevar uñas pintadas, se retirarán lentillas si lleva, retirar posibles prótesis e informaremos al paciente de los pasos que vamos a seguir al entrar a quirófano.
-En la mesa quirúrgica, ponemos al paciente en una posición correcta, la posición será en sedestación o decúbito lateral dependiendo de la intervención a la que se someta.
-Durante la intervención nuestras funciones van a ser las siguientes:
1.Obtener los materiales necesarios en cada momento de la intervención.
2.Ayudar al equipo de enfermería cuando realice el sondaje vesical, poner la vía, suministrar medicación etc.
3.Limpiaremos los materiales que utilizamos al poner la anestesia dejándolo preparado para próximas intervenciones.
4.Atender al paciente y comunicarle posibles incidencias o alteraciones a los enfermeros y médicos.
5.Ayudaremos a trasladar la camilla del paciente.
Una vez que la intervención haya finalizado:
-Recogeremos, limpiaremos, desinfectaremos y esterilizaremos el material usado durante la intervención, es de las partes más importantes en todo el proceso, todo el material e instrumentación debe quedar en condiciones óptimas para próximas intervenciones, tiraremos el material desechable usado, limpiaremos el mobiliario, si hay manchas de sangres debemos limpiar con agua oxigenada, y con unos paños humedecidos con solución detergente limpiaremos los aparatos.
Entre operación y operación se deben cambiar y cerrar los sistemas de aspiración, tenemos que seguir el protocolo de limpieza que cada hospital tiene, lo

preparamos para su esterilización, colocamos el material estéril, comprobamos contenedores de material punzante por si debemos retirarlos, y una vez esté todo limpio, repuesto y colocado, avisaremos al personal de limpieza a que termine con su desinfección total para la próxima intervención.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión debemos tener claro que nuestro papel como TCAE es muy importante en todos los ámbitos, en el caso de quirófano mucho más, puesto que llevemos llevar una limpieza a fondo antes y después de cada intervención para evitar infecciones y bacterias a nuestros pacientes, tenemos que ser el profesional sanitario de referencia de nuestro paciente desde que ingresa hasta que es dado de alta, somos un gran apoyo para ellos y la familia además de todas las funciones que realizamos.
Lo más importante además de todas las funciones a realizar que tenemos como TCAE es también trabajar de manera coordinada y en equipo con los demás profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

- https://revistamedica.com/protocolo-actuacion-tcae-quirofano/
- Libros de teoria

Capítulo 94

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y EL PACIENTE PEDIATRICO

ERIKA ESTHER RAMÍREZ GARCIA

RUBÉN REQUENA LÓPEZ

MARÍA MARTHA MANCEÑIDO RAMIREZ

MARIA TERESA ARRIBAS CAMARGO

MARÍA JESÚS GÓMEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

El bebé requiere un seguimiento que se inicia en el hospital„ continúa periódicamente en el centro de salud, según el protocolo de cada área sanitaria. Vente, mediciones y vacunas.

Para pesar a los bebés se emplean básculas especiales llamadas pesa bebés que se encuentran únicamente en consultas médicas y farmacias. En la actualidad, son eléctricas y no es necesario calibrarlas.

Para medición de la talla se realiza en unos medidores especiales denominados infantrómetros o tallímetros. Pueden ser de muchos tipos, todos se basan en una tabla horizontal graduada y dos soportes perpendiculares; uno fijo para la cabeza y otro móvil para los pies.

La evolución de la talla y el peso se anotan las tablas de crecimiento.

Están diseñadas con curvas distintas para niños y niñas. Las primeras tablas abarcan de cero a dos años. y mientras que en la siguiente escala llega hasta los dieciocho años. Permiten representar el ritmo de crecimiento y comprobarlo con las medidas representadas en las tablas (expresadas en percentiles).
Las vacunas son un preparado de antígenos que, una vez dentro del organismo, provoca la producción de anticuerpos y con ello una respuesta de defensa ante microorganismo patógenos. Se obtienen a partir de los propios agentes infecciosos (virus o bacterias):

* microorganismos vivos mutantes.
* microorganismos muertos enteros.
* antígenos purificados.
* anatoxinas o proteínas.

La vacunación es una de las mejores maneras que tienen los padres de proteger a sus bebés y niños pequeños contra enfermedades potencialmente peligrosas para la vida o causantes de lesiones graves y permanentes.

Se empiezan a poner a una edad temprana porque los anticuerpos que han pasado de la madre al feto durante el embarazo disminuyen progresivamente, y el bebé ya empieza a estar en condiciones de producir sus propias defensas.
Existen vacunas específicas para una enfermedad y vacunas combinadas que protegen contra varias (diversas vacunas en un único preparado).
El auxiliar de enfermería debe respetar siempre la cadena de frío. Si hay que transportar las vacunas, utiliza Zara una nevera portátil.

Los calendarios de vacunación sistemáticas varían dependiendo del país, por eso los pasajeros internacionales deben recibir algunas vacunas obligatorias (exigidas por el Reglamento Sanitario Internacional) y otras recomendadas según su destino, por ejemplo la vacuna de la fiebre amarilla o la de la encefalitis centroeuropea.

En España como las principales vacunas son las de la poliomielitis, la hepatitis B, sarampión, la parotiditis, dice, ferina, la difteria, gitanos, el Haemophilus influenzae tipo B, y el virus de papiloma humano (solo para niñas).

También existen otras vacunas no obligatorias pero recomendadas como la varicela, como Coco, tus, y la hepatitis A. Y el Ministerio de Sanidad - a través

del Consejo Internacional del Sistema Nacional de Salud - realiza unas recomendaciones generales, cada Comunidad Autónoma establece su calendario

2 Objetivos

En este capítulo podremos ver el seguimiento que se lleva a los pacientes pediátricos después del alta hospitalaria, en los centros de salud a través de las revisiones periódicas.

1. Los protocolos de vacunación.
2. Los protocolos de peso.
3. Los protocolos de medición.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo, hemos consultado el temario específico para Técnicos Auxiliares de Enfermería en cuidados básicos de enfermería aplicados a las necesidades humanas.

También, hemos visitado varias páginas en internet de carácter científico sanitario que hemos encontrado a través del buscador Google Académico.

Además, tenemos experiencia laboral propia en el sistema sanitario madrileño.

4 Resultados

Protocolo para pesar al bebé.
1. Colocar el pesabebés en un lugar plano y estable.
2. Poner una sabanita o empapador encima.
3. Lavarse las manos y ponerse guantes.
4. Desnudar al bebé y colocarlo en el centro del pesabebés.
5. Mantener una mano encima del bebé„ como medida de precaución para evitar caídas. Y la otra, accionar el botón de inicio del peso.
6. Colocar el bebé en una mesa auxiliar para vestirlo y dejarlo en su cuna en posición adecuada.
7. Quitarse los guantes, hermanos y anotar tanto el peso como cualquier incidencia.

En los centros de salud, pediremos a la mamá que despista al bebé y lo ponga en el pesabebés, también se da la encargada de vestirlo. De esta manera el bebé estará más tranquilo.

PROTOCOLO PARA PESAR A LOS BEBÉS.

Es aconsejable que colaboren dos auxiliares: La cabeza del bebé en posición y el otro fija los pies y realiza la medida. Si estamos en un centro de salud podemos pedirle a la madre que colabore con nosotros.

PROTOCOLO PARA MEDICIÓN DE BEBÉS.

1. Colocar el infantrómetro en una superficie lisa y estable.
2. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
3 colocará al niño en decúbito supino sobre la tabla, con el eje del cuerpo alineado sobre ella, las caderas y las rodillas extendidas y los pies descalzos, a grados 90º.
4. Un auxiliar mantiene la cabeza del bebé junto al soporte fijo, que la línea imaginaria que pasa desde el ojo al borde superior del pabellón auditivo externo se ha perpendicular a la tabla (posición de Frankfurt).
5. El otro auxiliar extiende las rodillas del niño con una mano y con la otra ajusta el soporte móvil a las plantas de los pies, dando la medición.
6. Colocar al bebé en su cuna, si estamos en un centro de salud se lo daremos a la madre.
7. Quitarse los guantes y lavarse las manos.
8. Anotar la talla y las posibles incidencias.

5 Discusión-Conclusión

En las revisiones pediátricas después de pesarlo y medirlo tendremos como resultado un percentil.

El pediatra quién tiene que hacer una valoración del mismo junto con la historia clínica del niño y su exploración física completa para valorar si esos percentiles son adecuados para ese niño concreto o están alterados.
En las revisiones pediátricas después de pesarlo y medirlo tendremos como resultado un percentil.

El pediatra quién tiene que hacer una valoración del mismo junto con la historia clínica del niño y su exploración física completa para valorar si esos percentiles son adecuados para ese niño concreto o están alterados.

Los percentiles son una herramienta fundamental para valorar el crecimiento de un niño, el valor de las medidas es comparado con el resto de niños de su edad para poder decir si el valor concreto que hemos obtenido es alto, medio o bajo.

6 Bibliografía

https://www.bebesymas.com/salud-infantil/graficas-crecimiento-percentiles-como-interpretarlos-para-saber-tu-hijo-esta-creciendo-bien
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272012000200007
Temario de TCAE para Cuidados Básicos de Enfermería.

Experiencia laboral en el sistema de salud madrileño. SERMAS.
- Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.
- Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid

Capítulo 95

HERIDAS: APOYO A LA ENFERMERA POR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA

MERCEDES MOLINA GARCIA

ANTONIA ROSA JÁTIVA CUERDA

MARCIA LOURDES HIDALGO COVEÑA

ARELIZ ARITA GEMIO MAMANI

ANTONIA JIMENEZ PEREZ

1 Introducción

El concepto herida cutánea se define como toda disrupción de estructuras anatómicas y funcionales normales de la piel. Una herida se produce por el desgarro de un tejido. Se puede llamar úlcera cutánea, cuando la pérdida de sustancia afecta a las capas de la piel llegando a planos más profundos. Existen en las publicaciones científicas numerosas clasificaciones de las heridas, siendo muchas de ellas de difícil aplicación clínica.

Las heridas agudas tienen un tiempo de evolución menor de 30 días y que sigue un proceso de reparación lineal ordenado en un tiempo adecuado (dentro del marco temporal previsto), para finalizar con una recuperación de la integridad anatómica y funcional del tejido inicialmente lesionado.

Las heridas crónicas son aquellas que no alcanzan una curación completa en 6 semanas o no muestran una respuesta adecuada a un cambio de tratamiento. Según el agente causante pueden ser heridas cortantes, punzantes, laceradas, abrasivas, por aplastamientos, quemaduras y congelaciones. Y según el tipo de infección pueden estar contaminadas, colonizadas, infectadas Y por su complejidad pueden ser simples o profundas.

Las heridas pueden ser causadas por traumatismos externos ajenos a nuestro organismo y que por una u otra razón causan una incidencia en nuestro cuerpo. Pero también pueden ser de carácter intrínseco debido a inmovilidad o escaso tejido subcutáneo, desnutrición, etc.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del TCAE en las heridas

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Durante la técnica del aseo, el TCAE observa de primera mano la situación de la piel del paciente, su estado nutricional o cualquier signo que pueda dar lugar a sospecha de posible pérdida de continuidad de la piel. Puede localizar puntos de presión por inmovilidad, eritema de difícil retroceso al color natural de la piel con escaso riego sanguíneo.

Para abordar cualquier alteración de este calibre debe de avisar a la enfermera del servicio para que tenga conocimiento de las lesiones y pueda instaurar junto con el equipo multidisciplinar la cura de la herida según su magnitud y procedencia. Durante los baños debe de tener especial cuidado en no humedecer la herida y retirar los apósitos existentes solamente si hay una orden de enfermera.

Por la propia humedad intrínseca de los fluidos, como por su carácter irritante, o por la combinación de ambos, la exposición continua puede desembocar en lesiones cutáneas o empeoramiento de otras lesiones ya existentes previamente.

A veces, los apósitos estás muy adheridos a la piel y se puede provocar un sangrado innecesario. Es mejor dejarlo y que otro profesional decida la mejor forma de hacerlo, menos traumática y lesiva. Valorar el riesgo de desarrollar heridas de manera efectiva y fiable. Se debe tener en cuenta:

-Reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de heridas.

-Identificar y describir correctamente los estadios de las úlceras por presión si aparecen o están presentes al ingreso o de otras lesiones de similitud.

-Estandarizar las medidas y actividades de enfermería y del equipo interdisciplinar en cuanto a prevención, localización y tratamiento.

-Evitar el contacto de la piel con los fluidos orgánicos causantes del exceso de humedad, en el caso de dermatitis, la orina y/o heces.

Y por último, establecer un programa de cuidados de la piel para protegerla del efecto dañino del contacto con fluidos orgánicos: limpieza, hidratación y protección.

5 Discusión-Conclusión

Según la evidencia científica, la literatura considera que valorar el riesgo de presentar heridas en todas las personas es de evidencia moderada, por lo que se debería realizar una valoración inicial al ingreso, considerando a todas las personas o usuarios como inicialmente “en riesgo”, hasta ser valoradas adecuadamente.

Es necesaria una valoración detenida del estado de la persona antes de considerar que no presenta riesgo de aparición de heridas y, por lo tanto, excluirlo de la aplicación de medidas preventivas. También es importante recordar que se deberá realizar una nueva valoración del usuario cuando se produzcan cambios en el estado general del paciente, de su entorno o tratamiento.

Capítulo 96

ACOMPAÑAMIENTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA A UNA PACIENTE DURANTE EL EMBARAZO DE UNA ADOLESCENTE

MARÍA ISABEL JIMENEZ SANCHEZ

LUZ VILLAJOS RODRÍGUEZ

MARÍA CRUZ QUILÓN GUTIÉRREZ

ARANCHA CAÑIZARES GONZÁLEZ

MARIA LOURDES QUILÓN GUTIÉRREZ

1 Introducción

El embarazo es una etapa en la que la paciente puede presentar una serie de complicaciones tanto hormonales, anatómicas y por supuesto fisiológicas.
Cuando el embarazo presenta algún tipo de complicación como diabetes, hipertensión durante este es algo que puede tener una solución básica en cuanto a una vida saludable o en casos graves con farmacología. Aunque lo primero nombrado suele ser lo más común, ya que tras el parto el cuerpo en muchas ocasiones suele volver al inicio y desaparece esa diabetes o hipertensión.

También se puede hablar de Las relaciones sexuales tempranas pueden desembocar en embarazo no deseado, que, en esta etapa vital, conlleva numerosos riesgos para el binomio madre-hijo, planteándolo como un problema de salud, no solo en el momento de la gestación, sino, que se prolonga a lo largo de la vida de ambos Pero entre todas las posibles complicaciones que puede llegar a encontrar el profesional sanitario, también puede aparecer que la paciente que se encuentre embarazada sea una adolescente. La adolescencia es una etapa entre los 15- 19 años de edad, en este momento el cuerpo se está desarrollando de forma que no tiene todavía su base. Por ello, el riesgo de embarazo en un adolescente puede ser muy amplio, desde aborto, hasta complicaciones en la salud de esta.

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados que realiza el TCAE ante el embarazo en una paciente durante la adolescencia.

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Se ha podido identificar en esta búsqueda bibliográfica que existen muchos artículos, los cuales nos indican que tipo de cuidados y por supuesto qué acompañamiento puede realizar el TCAE o profesional sanitario en el embarazo de una paciente adolescente.
- El TCAE ha podido comprobar durante el acompañamiento de estas pacientes y conversaciones que el golpe duro que suelen llevar es el momento en el que se enteran de que se encuentran embarazadas. Dependiendo de si tienen pareja estable o no.
- El primer sentimiento que puede aparecer en esta adolescencia, por eso el cuidado y acompañamiento del TCAE es de negación. Comenta que ha usado precauciones, preservativo, etc. El miedo y angustia invade su cuerpo. Comienza

también la fase de pensar en futuro, la adaptación a su próxima nueva vida, en la que todavía no está preparada para eso.

- Otro factor importante que el TCAE puede encontrar durante el acompañamiento del embarazo de una adolescente es el parto, esa etapa en la cual el cuerpo de esta no está preparado ni su coxis ni sus huesos. Por ello, en la mayoría de estas pacientes terminan realizando una cesaría, para evitar complicaciones mayores.
- El TCAE también puede realizar un acompañamiento y guía en estas pacientes en cuanto a las posibilidades de distracción como caminar acompañada, de esta forma no solo se encontrará mejor evitara patologías como Diabetes, hipertensión.
- También es muy importante en este tipo de pacientes adolescentes una dieta adecuada, para ello el TCAE ayudará a realizar unos cuidados en la alimentación individualmente.
- El TCAE también tendrá en cuenta a pacientes en las que el conocimiento de estar embarazadas y su momento es en adolescencia ante la prevención de un suicidio.

5 Discusión-Conclusión

Son muchas las pacientes adolescentes que, pese a la gran cantidad de información actual y acceso a dispositivos de prevención de embarazo, anticonceptivos siguen quedando embarazada.

El impacto del conocimiento de este hecho es algo natural, el miedo, ansiedad y como va a afrontar una nueva etapa de su vida es algo en que surge generalmente.

El TCAE como no podrá apoyar, administrar los cuidados básicos que necesiten y sobre todo acompañar durante el tiempo de embarazo a estas pacientes que durante la adolescencia se encuentran embarazadas. Sin descuidar aspectos de vida saludable y como no la prevención del riesgo de suicidio por no poder llevar esta situación nueva.

6 Bibliografía

- Azevedo Walter Fernandes de, Diniz MB, Borges da FESV, Azevedo LMR, Evangelista CB. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2015 ; 13(4): 618-626.
- Hernández Cordero Al. Atención sociosanitaria a jóvenes embarazadas y madres adolescentes en Zaragoza. [Internet] 2017

Capítulo 97

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS PULSERAS IDENTIFICATIVAS

MERCEDES MOLINA GARCIA

ANTONIA ROSA JÁTIVA CUERDA

MARCIA LOURDES HIDALGO COVEÑA

ARELIZ ARITA GEMIO MAMANI

ANTONIA JIMENEZ PEREZ

1 Introducción

Ante la lucha por la seguridad de los pacientes, la comunidad internacional a través de la Organización Mundial de la Salud en el año 2007 establece que la pulsera identificativa genera mayor seguridad para los usuarios de los sistemas de salud que el número de habitación o cama y es una forma de generar individualidad y personalidad a la atención sanitaria.
En pocos años, el tema de la pulsera identificativa se ha convertido en una pieza clave de los servicios de salud de las comunidades autónomas en el caso de España. El hecho de portar la pulsera conlleva favorecer la seguridad del paciente de tal manera que los tratamientos, pruebas diagnósticas, dietas etc.… no llevan a equívocos promoviendo una atención personalizada teniendo como centro al paciente. La falta de personalidad que antes proporcionaba la identificación de los

pacientes por número de cama o habitación no permite la atención centralizada en el paciente.
Los profesionales sanitarios debemos comprobar la autenticidad de los datos del portador de una pulsera siendo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería uno de los responsables para cotejar dichos datos y evitar que se produzcan errores. Debemos de tener en cuenta que existen pacientes que no pueden comunicarse para verificar los datos por ello se deben comprobar los datos a la entrada en la unidad.

2 Objetivos

Valorar la importancia de la función del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en relación con las pulseras identificativas de los pacientes que están hospitalizados.

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.
Se han utilizado palabras claves como auxiliar de enfermería, pulsera identificativa entre otras.

4 Resultados

Existe un proceso a la hora de la colocación e identificación de los pacientes a través de la pulsera identificativa que va a facilitar la atención integral y eficiente de los pacientes hospitalizados en un centro de segundo nivel:

1. La impresión y colocación de la pulsera se realiza justo en el instante en que le paciente acude al centro y demanda la atención sanitaria. Será el auxiliar administrativo el encargado de imprimir la identificación.

2. El personal sanitario, en este caso, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el responsable de verificar que el paciente la lleva colocada o en el

caso de ser un paciente dependiente será colocada por el profesional verificando su autenticidad. Esto se puede realizar en el triaje.

3. La pulsera de identificación nos va a permitir verificar ante de realizar cualquier acción o actividad al paciente que se trata de dicha persona de tal manera que se evitan errores en la administración de la medicación, de las dietas o en la realización de las pruebas diagnósticas. En caso de pérdida o deterioro de la misma será el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en solicitar una nueva pulsera y facilitársela al paciente correcto.

4. El portador de la pulsera la llevará en todo momento mientras se encuentre ingresado en el centro sanitario será retirada por el paciente, acompañantes o profesionales sanitarios en el momento de su salida del centro sanitario o al alta del mismo.

Las pulseras están hechas de materiales duraderos que permiten ser legibles, son individuales e intransferibles. Suelen colocarse en la muñeca o en los talones de los pacientes de tal manera que les facilite y no les moleste durante la estancia.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, desde la instauración por la comunidad internacional de la pulsera identificativa y el aumento de paciente en los centros sanitarios debido a la mejora de la calidad de vida y de los sistemas de salud, se hace necesario facilitar y comprobar el uso correcto de dicha identificación para ofrecer una atención de calidad.
En ocasiones, existen pacientes que debido a su estado no se identifican, pero gracias a estas pulseras se facilita su identificación. Son los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería los responsables del cuidado y corroboración de los datos de la misma con el paciente.

6 Bibliografía

1. http://congresoenfermeria.es/libros/2016/sala4/6897.pdf.
2. https://revistamedica.com/identificacion-pacientes-protocolo-metodo/7.
3. https://www.hospitaluvrocio.es/wp-content/uploads/2019/01/Procedimiento-Identificacion-General-Inequivoca-Pacientes.pdf.

Capítulo 98

CONOCIMIENTOS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MERCEDES MOLINA GARCIA

ANTONIA ROSA JÁTIVA CUERDA

MARCIA LOURDES HIDALGO COVEÑA

ARELIZ ARITA GEMIO MAMANI

ANTONIA JIMENEZ PEREZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son unas lesiones en la piel que llegan a hacerse heridas a casusa de permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo sobre un plano duro. Suelen formarse en zonas donde los huesos están más próximos a la piel y en puntos de apoyo como tobillos, talones, caderas y zona sacro.

Son una de las causas más comunes de complicaciones médicas en pacientes encamados. Los pacientes susceptibles de desarrollar úlceras por presión son los pacientes geriátricos, con movilidad reducida, y piel deteriorada. También aquellos con enfermedades neurológicas o malignas. Los cambios posturales son necesar-

ios para evitar la aparición de las úlceras por presión ya que estas se forman tras largos periodos de presión ininterrumpida.

El objetivo de los reposicionamientos es disminuir el riesgo de úlceras por presión al disminuir los periodos de presión sostenida, también analizaremos otros métodos de prevención como los apósitos locales de diferentes localizaciones en puntos de apoyo, diferentes colchones para evitar también la presión ejercida sobre los puntos de contacto, tipo de nutrición.

Las úlceras por presión afectan entre 1,3 millones y 3 millones de adultos en Estados Unidos como caso curioso, provocando una disminución en la calidad de vida de los pacientes, complicaciones que provocan un aumento de la estancia hospitalaria, un peor pronóstico y un mayor gasto.

2 Objetivos

Recordar las úlceras por presión en los conocimientos de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería
Revisar los métodos de prevención para evitar la aparición de las mismas en los pacientes encamados.

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los pacientes geriátricos, los pacientes con enfermedades neurológicas, enfermedades malignas, incontinentes, son los más afectados por las úlceras por presión. Las escalas utilizadas para evaluar los riesgos de aparición de las úlceras por presión son las de Norton, Braden y Waterlow.

Existen diferentes métodos para tratar de evitar la aparición de las UPP y para tratarlas cuando ya se han manifestado. Entre los diferentes métodos se encuen-

tran: a) Los cambios posturales, se considera más efectivo al cambio postural cada tres horas con giro de 30 grados, frente al cambio postural cada seis horas con giro de 90 grados.

Pero existe el inconveniente de perturbar el descanso nocturno del paciente. b) Los colchones antiescaras, con cambios en los puntos de presión, el lecho fluidificado, y los recubrimientos estáticos, también son factores que evitan la aparición de las úlceras por presión. Los colchones o recubrimientos estáticos más avanzados se asociaron con menor riesgo de UPP que un colchón estándar. c) Los apósitos con esponjas de polivinilo son muy útiles en el alivio y el tratamiento de las úlceras por presión. d) La alimentación apropiada con nutrientes que ayuden a reparar los tejidos también puede ser beneficiosa en la prevención y tratamiento de las UPP. e) Una correcta higiene local y el uso de cremas y lociones específicas que hidraten e impidan la erosión de la piel también son mecanismos barrera frente a la aparición de las UPP. Existen variables en los resultados de los diferentes programas de cambios posturales, esto puede ser debido a los diferentes dispositivos utilizados para el alivio de la presión. Pero, el conjunto de reposicionamientos, junto con los dispositivos de alivio de la presión, reducen notablemente la aparición de las úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión son una de las complicaciones más comunes en pacientes geriátricos, con enfermedades neurológicas y malignas, ampliando de forma considerable la estancia hospitalaria y empeorando el pronóstico de los pacientes. Así como incrementando el gasto hospitalario.

El trabajo de las enfermeras, así como el de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, es indispensable para evitar la aparición de las úlceras por presión en los pacientes encamados.

Los profesionales sanitarios deben de detectar, prevenir y tratar con los diferentes dispositivos de los que se dispone en los centros hospitalarios (colchones, antiescaras, apósitos locales, lociones) junto con la realización de los cambios posturales.

Estos, en conjunto, reducen la aparición de las UPP y mejoran el pronóstico de los pacientes susceptibles de padecer úlceras por presión.

6 Bibliografía

1. Evaluación y prevención del riesgo de úlceras por presión.

2. Una revisión sistemática de la eficacia comparativa.

3. Dr. Roger Chou,Tracy Dana, MLS, Christina Bougatsos, MPH, Ian Blazina, MPH. 4. Autor, artículo e información de divulgación https://doi.org/10.7326/0003-4819-
159-1-201307020-00006.

5. Turning frequency in adult bedridden patients to prevent hospital-acquired pressure ulcer: A scoping review H-S Jocelyn Chew1 | Emelia Thiara2 | Violeta Lopez3 | Shefaly Shore.

6. Pressure ulcers Search date June 2010 Madhuri Reddy. 7. Reposicionamiento para la prevención de úlceras por presión en adultos. 405 8. Brigid M Gillespie, Wendy P Chaboyer, Elizabeth McInnes, Bridie Kent, Jennifer A Whitty yLukman Thali

Capítulo 99

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ESTERILIZACIÓN

ANA ISABEL MIER GONZALEZ

AURINA ROJO LONGO

AINHOA HUERTA SIERRA

MONTSERRAT MERE COELLO

MARÍA ALEXANDRA BURGOS PEREZ

1 Introducción

En los hospitales, centros de salud y demás centros de ámbito sanitario se propagan gran cantidad de microorganismos nosocomiales que pueden poner en riesgo la salud de los pacientes y en particular del paciente quirúrgico.
El servicio de esterilización debe garantizar la asepsia de materiales. Por ello, los auxiliares de enfermería deben optimizar la esterilización de materiales y desinfección de salas y mobiliario destinados a tal fin.
Según la OMS, la esterilización es el proceso mediante el cual se destruyen los organismos vivos en todas sus formas, incluyendo las esporas. La principal forma de atajar una infección es la limpieza, pero, dentro del área quirúrgica, eso no es suficiente, además de limpiar debemos desinfectar y esterilizar y, como última medida, también es aconsejable la profilaxis antibiótica.

Los auxiliares de enfermería desarrollan una labor muy importante en este ámbito, pues ellas son las encargadas de que el proceso de trazabilidad que concurre desde la salida de quirófano del material contaminado hasta su regreso al almacén estéril se cumpla.
Los procesos de limpieza, desinfección y esterilización deben ser muy minuciosos y deben realizarse con materiales adecuados, detergentes específicos y respetando siempre las normas de higiene.
La zona de esterilización debe encontrarse siempre comunicada con el quirófano, bien en la misma área o a través de un montacargas.

2 Objetivos

Dar a conocer los principales sistemas de esterilización y las funciones del auxiliar de enfermería en dichos servicios, minimizando las infecciones del paciente intervenido.

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Así mismo, se han valorado los conocimientos de experiencia laboral en el servicio y cursos prácticos realizados.

4 Resultados

Las funciones del auxiliar de enfermería en el servicio de esterilización son muchas y muy variadas, aquí destacamos las más importantes:
1. Limpieza del material contaminado:
Cuando un material llega a la central de esterilización procedente de quirófano o de alguna unidad externa (urgencias, consultas…), se procede a su limpieza básica, eso sería el nivel más bajo de descontaminación, su objetivo es reducir el número de patógenos mediante la técnica de arrastre con cepillo y agua a temperatura ambiente favoreciendo así el siguiente paso que será la desinfección.
2. Desinfección:

Es el proceso mediante el cual se destruyen los organismos patógenos y no patógenos, pero no así las esporas. Pueden ser de dos tipos
Desinfección manual por inmersión, normalmente con un detergente desinfectante alcalino si el material lo resiste. Este método se utiliza en aquellos casos que el material no es resistente a las termodesinfectadoras.
Desinfección química automática para aquellos materiales que no resistan altas temperaturas.
Desinfección química térmica, esta es la más utilizada, se desinfecta mediante una termodesinfectadora.
Otra forma de desinfección utilizada en materiales delicados como pueden ser los utilizados en cirugías oculares don los ultrasonidos.
3. Esterilización:
Es la técnica de saneamiento que destruye todos los microorganismos, incluidas las esporas.
Hay varias formas de esterilizar:
- Autoclave:
Es el método más utilizado en esterilización por ser el más seguro, económico y conocido. Por este método los microorganismos son sometidos al calor húmedo y presión por inyección. El principal elemento es la cámara de acero inoxidable con un volumen aproximado de 1000 litros. Existen dos tipos gravitatorios y de vacío y consta de cuatro fases: pre-vacío, calentamiento, esterilización, desvaporización, secado e igualación.
- Óxido de etileno:
Es un gas incoloro muy inflamable, muy tóxico que necesita un periodo de al menos 9 horas de ventilación posterior y se utiliza en materiales termosensibles.
Existen otros métodos de esterilización, pero son poco utilizados.

Las funciones más importantes del auxiliar de enfermería en este ámbito:
- Reposición de batas, gorros, calzas…
- Confección y esterilización de materiales fungibles.
- Preparar el material para su esterilización.
- Recoger y limpiar materiales contaminados.
- Ordenar vitrinas y armarios.
- Tareas de ayuda al médico y enfermera.

Estructura de la central:
- Zona sucia: descontaminación, lavado y desinfección del material.
- Zona limpia:preparación de paquetes y cajas con sus controles y proceder a su esterilización.

- Zona estéril: recibir material esterilizado, almacenar y registrarlo.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de esterilización es de suma importancia en el ámbito hospitalario en particular y en el sector sanitario en general. De ella depende el frenar la expansión de los elementos patógenos.
El auxiliar de enfermería es una pieza esencial para que esto ocurra, garantizando así la esterilidad de todos los materiales necesarios para la actividad quirúrgica y no solo del material específico de cada intervención, sino también de salas, mobiliario, ropas, calzados y todo aquello que sea necesario para garantizar la salud del paciente, supervisado siempre por médicos y enfermeras.
Es importante también una mejora continua de la calidad de la central de esterilización. Esto se consigue a través de diversos controles, inspecciones y auditorías.

6 Bibliografía

1. Perez Evangelina, Fernández, Ana María 2005. Auxiliar de enfermería cuarta edición Madrid Mcgrawhill.
2. Anales del sistema sanitario de Navarra. Volumen 23, suplemento 2.C.
3. Silvestre, l.fagoaga,M.J. Garciagia,I.Lanceta M.C Mateo yM.C.Zapata. Departamento de salud del gobierno de Navarra. Año 2000.

Capítulo 100

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL ANCIANO

MARIA VICTORIA DELGADO CASADO

EVA MARIA LEAL MARTIN

CLAUDIA VALVERDE CEGISMUNDO

MARTA MORENO DELGADO

FRANCISCA VICENTE URBANO

1 Introducción

La vejez es una etapa más en la vida y suele considerarse actualmente una edad anciana a los 65 años.
Los TCAE nos debemos encargar de saber y suplir las necesidades de nuestros pacientes ancianos, realizaremos primero una valoración inicial de todo el alrededor del paciente, su casa, familia, servicio, barreras arquitectónicas que pudiesen existir, etc.
Debemos conocer todas las necesidades de nuestros pacientes para satisfacer todas ellas y conseguir su comodidad, nosotros como TCAE después de esa primera valoración decidiremos cuáles serán las ayudas que puede necesitar nuestros pacientes y satisfacerlas, puesto que gracias a la valoración inicial conoceremos más sobre ellos.

Cuando hayamos detectado las posibles barreras arquitectónicas que rodean al paciente, las retiraremos ya sea en su domicilio o en una residencia de mayores. Nuestras funciones en el cuidado del anciano son muy amplias, además de hacer la primera valoración nos encargaremos de que nuestro paciente mantenga la autonomía que tenga lo máximo posible, realizaremos ejercicios físicos con ellos y si están encamados realizaremos cada dos horas los cambios posturales para evitar las UPP.
También nos encargamos de la alimentación de nuestros pacientes, debemos asegurarnos que toma los nutrientes necesarios, procedimientos de eliminación, de la circulación, procedimientos para su descaso, para evitar dolores y por último, pero no menos importante, procedimiento de escucha activa.
Los TCAE son los que más tiempo pasan con los pacientes, ya sea en su domicilio o en residencia, ya que casi todas las funciones que hay que realizar con ellos, las hacemos nosotros, desde las ABVD hasta sus necesidades a nivel físico, psíquico y mental.

2 Objetivos

- Indicar la valoración inicial del TCAE para conocer al paciente anciano.
- Dar a conocer las técnicas usadas por el TCAE para acomodar al paciente a las necesidades que precise, eliminar posibles barreras arquitectónicas y dar el apoyo emocional necesario en la persona anciana.
- Establecer técnicas de cuidados básicos del auxiliar de enfermería en el paciente anciano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
También se ha tenido en cuenta la propia experiencia profesional, basada en años trabajando en una residencia de personas mayores.

4 Resultados

Conoceremos un poco más a fondo al paciente realizando una valoración inicial. Nos fijaremos en posibles barreras arquitectónicas por si hubiese que eliminarlas y así mejorar su calidad de vida, pondremos en práctica los cuidados básicos de enfermería, realizándole o ayudando a llevar a cabo las actividades de la vida diaria (ABVD) como el aseo, la cama, hidratación de piel, vestimenta si es necesario y mejorar también sus necesidades físicas, psíquicas y sociales.
En la etapa de la vejez es más común las caídas, la inmovilidad, las incontinencias, el deterioro cognitivo, etc.
Encontraremos en esta etapa de la vida, tres fases, la física, la psíquica y la social.
1. Física:
En esta fase nos encargamos de ayudarle en el aseo si lo precisa, si puede hacerlo solo le dejaremos su autonomía, administrar la medicación, controlamos ingestas tanto liquidas como sólidas, vigilamos todo su cuerpo por posibles alteraciones en la piel, le ayudaremos en los desplazamientos, y si está en cama realizaremos cambios posturales cada dos horas, y como bien he mencionado antes debemos ayudarles en todo, pero si hay cosas que pueden hacer por ellos mismos debemos dejarlos para que no pierdan su autonomía.
2. Psíquica:
En esta fase vigilamos los posibles cambios que pueden surgir a nivel mental, observar sus estados de ánimo, cambios en la conducta, observar si duerme bien o no.
3. Social:
Animarles a mantenerse activos, que colabore en las ABVD, evitar la desorientación, ejercicios de memoria que nos cuenten su pasado, lo que les gusta, las canciones que le gustaba o les gusta escuchar, etc.

Existen diferentes procedimientos para hacer que los pacientes mantengan su autonomía. Se detallan de manera breve:
- Procedimientos de alimentación y nutrición: Si el paciente puede comer solo, dejamos que lo haga, si no pudiese le ayudaremos a ello, existen otros casos más extremos, se realizará su alimentación a través de una sonda nasogástrica y siempre mantenerlos muy hidratados.
- Procedimientos en la eliminación: Controlaremos mediante registros si realiza deposición o micciona adecuadamente.
- Procedimientos en la oxigenación y circulación: Controlaremos sus constantes vitales y haremos registro de ellas siempre.
- Procedimientos para su descanso: Controlar que descansa las horas necesarias.

- Procedimientos para el dolor: Controlaremos si el paciente siente dolores para poder ayudarle con analgésicos orales, si procede siempre pidiendo valoración al equipo de enfermería o médico.
- Procedimientos respecto a la actividad: Realizaremos actividades en los tiempos libres que tengamos e interesarnos por las cosas que le gustan hacer.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE están muy cerca en el día a día con los pacientes ancianos, pasando gran parte con ellos y, por ello, saben sus necesidades en cada momento, siendo el mayor apoyo para estos pacientes, desde el primer paso, que es realizar la valoración inicial.
Con la realización de las ABVD y poniendo a funcionar los conocimientos que tienen, mejoran la calidad de vida de estos pacientes y sirven de gran apoyo para sus familiares, los cuales se sienten satisfechos, viendo que están bien atendidos y se encuentran más tranquilos, puesto que la situación que puedan estar viviendo con su familiar muchas veces no es agradable.
Por lo tanto, como conclusión se destaca el papel que realiza el TCAE al lado del paciente anciano.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-necesidades-del-paciente-con-edad-avanzada/.
2. https://revistamedica.com/tcae-cuidados-anciano/.

Capítulo 101

EL PIE DIABÉTICO

AINHOA HUERTA SIERRA

AURINA ROJO LONGO

MARÍA ALEXANDRA BURGOS PEREZ

ANA ISABEL MIER GONZALEZ

MONTSERRAT MERE COELLO

1 Introducción

La patología del pie diabético es uno de los principales problemas que sufren los pacientes diabéticos. Si no se sigue un control y un cuidado exhaustivo, no solamente del pie, también de la alimentación, la piel, la hidratación, evitar el sedentarismo… Es muy probable que surjan úlceras (con o sin infección), las cuales en un paciente normal no tendrían mayor importancia, en un paciente con diabetes podría suponer la gangrena, la amputación del miembro e incluso la muerte.
Está demostrado con estudios que la tasa de amputaciones en pacientes con diabetes es altamente superior, hasta 15 veces superior a la del resto de población sana.
Todas estas complicaciones se podrían evitar adiestrando y formando al paciente para su cuidado y su vida diaria, a demás de la realización de un diagnóstico precoz, llevando una vida sana (no fumar, no beber, evitar comidas copiosas, etc.) y un correcto tratamiento de la lesión. Con todas estas profilaxis podríamos conseguir que el paciente diabético llevara una vida normal.

El tipo de diabetes que más favorece la aparición de úlceras, laceraciones, etc. En el pie diabético, es la diabetes Mellitus.
Este tipo de diabetes se produce cuando hay un exceso de azúcar en sangre.

2 Objetivos

-Describir la patología del pie diabético destacando los cuidados y tratamientos a seguir en esta patología.
-Conseguir formar al auxiliar de enfermería en dichos cuidados.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda de información en diferentes páginas de Internet y se han consultado artículos relacionados con los pacientes diabéticos a estudio. También se han consultado libros y tratados de enfermedades endocrinas.

4 Resultados

La diabetes es una enfermedad crónica prolongada en el tiempo, que consiste en que el cuerpo deja de producir insulina. Esto da lugar a que la cantidad de azúcar en la sangre no es la adecuada, produciendo grandes cantidades de glucosa o periodos de falta de azúcar. Estos procesos se denominan hiperglucemia o hipoglucemia, dependiendo del caso. La causa de esta enfermedad, es que la hormona encargada de regular la glucosa, que es la insulina, producida por el páncreas, no realiza bien su función. Algunas veces la diabetes está producida por la poca producción de insulina, es decir, que nuestro cuerpo no produce la cantidad de insulina necesaria para tener una vida normal. Otras veces, lo que ocurre es que nuestro cuerpo es resistente a la insulina. Esto quiere decir que las células no responden a la insulina. Hay varias clases de diabetes: la tipo 1, que puede aparecer en cualquier edad pero se diagnostica más frecuentemente en niños o adolescentes. En este caso el cuerpo produce poca insulina.
La tipo 2: es la más frecuente. Se suele presentar en gente adulta y la causa más frecuente es la obesidad.
La gestacional: aparece en las embarazadas y suele ser transitoria.
Los pacientes diabéticos deben cuidar su salud en general, pero en particular, es muy importante la prevención del pie diabético. Esto se consigue a través de una

serie de pautas de actuación. El personal auxiliar de enfermería se encarga de transmitir, aclarar y colaborar con el paciente diabético para prevenir la aparición de lesiones en los pies. Alguna de estas pautas de actuación serían las siguientes: realizar diariamente una inspección del pie del paciente, estar pendientes de cualquier anomalía (ampollas, rozamientos, pequeñas hemorragias)… Que en una persona normal no tendrían importancia y en un paciente diabético podrían derivar en un problema serio.
Es aconsejable usar zapatillas suaves y blandas, calzado que no produzca rozaduras, que no tenga costuras, etc. Andar siempre calzado, seguir una higiene exhaustiva diaria, secar sin rozamientos y mantener el pie seco, hidratado, con las uñas cortas, mantener el pie caliente y seguir un hábito de vida saludable.

5 Discusión-Conclusión

Los protocolos de actuación para los pacientes diabéticos varían según el tipo de paciente, es decir, cada paciente necesitaría un tratamiento específico. Es muy importante la prevención de úlceras, escaras, laceraciones, etc. Esto se consigue con todo lo dicho anteriormente, a demás es muy importante seguir una dieta equilibrada, lo que llamamos una dieta diabética personalizada, ajustada a cada paciente, según sus necesidades, peso, estado, etc. También es de vital importancia educar a los pacientes diabéticos para que se adapten a su nueva vida y formar a las auxiliares de enfermería para cuidados y tratamientos y para la prevención de úlceras.

6 Bibliografía

-Elsevier.es
-Guiasalud.es
-Vázquez MI. Aspectos Psicosociales del Paciente en Diálisis (Internet). Nefrología al día. 2020 (citado 28 Abril 2021). Disponible en: https://www.nefrologia aldia.org/es-articulo-aspectos-psicosociales-del-paciente-dialisis-276

Capítulo 102

CUIDADO DEL PACIENTE OSTOMIZADO

AURINA ROJO LONGO

AINHOA HUERTA SIERRA

ANA ISABEL MIER GONZALEZ

MONTSERRAT MERE COELLO

MARÍA ALEXANDRA BURGOS PEREZ

1 Introducción

Una ostomía es una salida artificial creada con una cirugía para la salida de las heces, la mas común es conectar el intestino delgado, intestino grueso con la pared abdominal.

Hay ostomías temporales o permanentes, las temporales se suelen quitar con otra cirugía a los dos o tres meses de la cirugía.

La función de la TCAE con un paciente con colostomía es ayudar en los cuidados del estoma y en la higiene personal.

Hay que mantener una piel limpia y seca para realizar una buena cura del estoma con, jabón neutro y una esponja suave, no se debe brotar el estoma con una toalla al secar, esta debe de ser muy suave. También es importante la ayuda para

intentar que el paciente una vida normal después de una intervención quirúrgica .

Hay mas de un tipo de ostomías, el aseo y el cambio de bolsa sigue siendo el mismo para todas.
Las causas por las que se realiza estas cirugías son la siguiente:
Parecer cáncer.
Enfermedad de Crohn.
Incontinencia fecal.
Obstrucción intestinal.
Diverticulitis.

Hay varios tipos de dispositivos (bolsas) hoy en día son muy modernas, seguras y cómodas, no dejando pasar los olores y con un color opaco. El paciente puede llevar una vida normal, hacer deporte como el esquí, nadar, correr, lo que no se aconseja es fútbol y el boxeo por el peligro de dar un golpe en la colostomía.

2 Objetivos

Dar a conocer el cuidado del paciente ostomizado.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica sobre pacientes ostomizados.
Artículos de medicina y cirugías en las principales fuentes de datos como, Pubmed, Scielo, Medline.
Páginas de internet relacionadas con la investigación de este estudio.

4 Resultados

Una colostomía es una cirugía de una Víscera, puede ser del intestino o vías urinarias en este caso nos centramos en la del intestino. El estoma significa boca o abertura, esta va derivada a una bolsa, hay varios tipos de bolsas: Cerradas, se utiliza una nueva bolsa para cada uso.
Abiertas, estas bolsas se pueden vaciar y se cierran con una pinza, son de varios de usos.
Dependiendo del sistema de sujeción:

Único, bolsa y adhesivo va directamente sobre a la piel.
Múltiple, aquí se presenta por separado el disco y la bolsa.
Dependiendo del color de la bolsa pueden ser transparente u opacas.

El aseo es fundamental en una colostomía, para realizar un aseo al paciente se coloca en posición semi-fowler, lavar manos y colocarse unos guantes, a continuación retiramos la bolsa limpiamos alrededores con gasas y suero y secamos cuidadosamente con una toalla suave evitando frotamiento, por último se coloca una bolsa limpia, fijándose que el adhesivo esté bien colocado para no tener fugas y malos olores.
Después de una cirugía de esta importancia es fundamental una dieta sana y equilibrada, para evitar diarreas y estreñimientos.
Hacer comidas de poca cantidad y frecuentemente, comer lentamente y masticar bien. Alimentos blandos y con contenido bajo en fibra, suprimir las frituras, picantes y bebidas con gas.

Es importante animar al paciente con colostomía a hacer una vida normal y acostumbrarse a vivir con ella y hacer vida social, eso requiere un tiempo porque es un cambio importante en la vida.
Una colostomía no impide viajar y utilizar ropa norma, hacer ejercicio físico, ya que el adhesivo resiste bien el sudor.
La actividad sexual tampoco debe preocupar en la vida diaria de la pareja, aceptar los cambios ayudará a llevarlo mejor.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión que un paciente operado de colón con colostomía con mucha paciencia, ya que se sufre un gran impacto físico y psicológico, es fundamental la educación por el personal sanitario, donde serán un gran apoyo emocional junto a la familia donde transmitirán confianza al paciente. Esto hará que pueda llegar a hacer una vida completamente normal, ya que siguiendo unas pautas fundamentales de higiene, alimentación, vida social, ejercicio físico y revisiones médicas. Ya que hoy en día las bolsas son mas modernas que las de antiguamente y no impiden llevar una vida como la de antes a la cirugía.

6 Bibliografía

1- Ostomía fascrs.org- sitio web

2- Guía de cuidados: manejo de ostomías- definición y manejo cuidar proyecto cuidar,2018- sitio web
3- Manejo de los cuidados de enfermería al paciente ostomizado y su impacto psicosocial. Artículo monográfico investigación RS RSI- revista sanitaria de investigación, 2022- sitio web

Capítulo 103

ASISTENCIA AL ANESTESISTA DURANTE LA TÉCNICA DE LA EPIDURAL POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MANUEL ANTONIO MORENO ALVARENGA

JULIA TORIBIO GOMEZ

1 Introducción

En la época de Hipócrates y galeno ya se estudiaba la forma de evitar el dolor con la utilización de diferentes ungüentos sobre las zonas tópicas, estos estudios se llevaban a cabo desde épocas antiguas llegando sus referencias hasta la época de babilonia

Teodorico de Lucca en el siglo XIII utilizaba unas esponjas con mezclas variadas de opio, mandrágora y beleño que colocaba en la nariz del paciente. Este tipo de tratamientos cayeron en desuso tras la llegada de la inquisición y las fuertes creencias religiosas extendidas en el siglo XV (López, 2021)

En el siglo XVIII John Hunter comenzó a experimentar con la aplicación de frío sobra la zona a intervenir como anestésico, hoy esta técnica se conoce como crioterapia

Las tenencias de anestesia son la evolución sanitaria que comienzan con el descubrimiento de algunos gases anestésicos como el nitrógeno descubierto por

Daniel Rutherford y el óxido nitroso descubierto por Josef Priestley hasta las técnicas que hoy en día son empleadas para dicho fin (Rodríguez, 2007)
William Norton discípulo de Horace Wells fue quien utilizo por primera vez con éxito el óxido nitroso como anestésico y siendo utilizado en una demostración en el hospital general de Massachusetts con la creación de la organización mundial de la salud hoy en día están muy estandarizadas y controladas las técnicas de anestesia, y gracias a la globalización estas técnicas son utilizadas por todo el mundo

2 Objetivos

Determinar cómo se ha de realizar la asistencia durante la técnica de la epidural al anestesista por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de los artículos científicos y diversos estudios acerca de las técnicas de anestesia, para ello se ha utilizado como motor de búsqueda Google académico, las bases de datos consultadas han sido scielo y pubmed, los descriptores utilizados han sido técnicas de anestesia y asistencia al anestesista, se ha revisado un total de 8 artículos/estudios de los cuales se han elegido un total de 5 comprendidos entre 2007 y 2022, siendo estos los más completos y actualizados.

4 Resultados

Para la asistencia al anestesista de la técnica de la epidural es fundamental realizar una higiene de manos adecuada y a continuación colocarse unos guantes sin ser necesarios que estos sean estériles
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería colocará el campo estéril y encima del mismo todo lo necesario para que el anestesista pueda realizar la técnica, encima del campo se colocará unas compresas empapadas en clorhexidina, unas gasas estériles, unos guantes estériles que previamente habremos preguntado al anestesista por la talla y el tipo de guantes, se colocara el kit de epidural, una jeringa de 5cc y aquellos apósitos que requiera el anestesista para el sellado de la epidural (Lopez, 2022)

El TCAE fuera del campo preparara los viales de anestésico que el anestesista le indique, así como un suero individual de 10cc, cuando el anestesista vaya a cargar estas medicaciones al estar estéril el TCAE tiene que asistirle abriendo las ampollas y facilitando al anestesista el cargado de estas. Para ello el TCAE cogerá una gasa, no es necesario que sea estéril, romperá el vial y con una mano cogerá el vial boca abajo con una inclinación de 45 grados con el fin de facilitar el cargado de esta y con la otra mano apoyando en su muñeca para evitar los movimientos involuntarios de la mano durante el cargado de esta (Caballero, 2020)

Cuando el anestesista finaliza la técnica de la epidural el técnico en cuidados auxiliares de enfermería utilizará una cinta de pegar especial para cubrir el cable que recorre la espalda desde el punto de incisión de la epidural hasta la conexión en donde va a ir conectada a la perfusión de anestesia

Al finalizar el TCAE recogerá todo el material utilizado, se desechará todo el contenido en el cubo de la basura correspondiente, en función del tipo de material utilizado o del riesgo biológico al que corresponda los desechos y los objetos punzantes irán al contenedor de agujas.

5 Discusión-Conclusión

La formación del personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental para poder realizar este tipo de asistencias directas al personal facultativo con el fin de poder proporcionar una adecuada asistencia.

Los protocolos de anestesia son muy importantes para evitar la contaminación del campo de trabajo del profesional médico, así como los protocolos de desecho han de seguirse de forma minuciosa con el fin de evitar contaminaciones y evitar los pinchazos con el material sucio

La técnica de la epidural es una técnica utilizada con mucha frecuencia a nivel hospitalario tanto en el servicio de partos como en otros servicios intervencionistas de diversas especialidades por lo que la asistencia a esta técnica es de especial importancia para mejorar la calidad asistencial y la calidad de vida durante el ingreso la intervención y el post intervención del paciente (Ortiz-Gómez, 2014)

6 Bibliografía

Caballero, M. (2020). Parálisis del nervio motor ocular externo luego de anestesia neuroaxial combinada epidural-espinal. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación, 19(1), 1-10.

López, S. (2021). Historia de la anestesia epidural: Fidel Pagés Miravé. REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA MULTIDISPLINAR DEL DOLOR, 1(1), 46-50.
Lopez, S. (Enero de 2022). Centenario de la anestesia epidural. Revista Española de Anestesiología y Reanimación, 69(1), 4-11.
Ortiz-Gómez, J. (Septiembre- Diciembre de 2014). Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 37(3), 3-6.
Rodríguez, V. (Octubre de 2007). Historia de la raquianestesia y de la anestesia epidural en España. archivos españoles de urologia, 60(8), 15-17.

Capítulo 104

LA TÉCNICA DEL ASEO HOSPITALARIO DEL PACIENTE ENCAMADO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MANUEL ANTONIO MORENO ALVARENGA

JULIA TORIBIO GOMEZ

1 Introducción

La higiene corporal desde la época romana y griega tiene gran importancia llegando a ser incluso una forma de socializar e interaccionar entre la población en aquellos lugares destinados para la higiene corporal como los baños romanos, zonas en donde la población acudía para realizarse largos baños al conocer los beneficios que esto producía sobre el cuerpo humano.

El rey Luis XI de Francia solo se bañó una vez en su vida y fue por prescripción médica, en aquella época toda la población olía muy mal debido a esa falta de higiene extendida en la época

Durante el siglo XIX va tomando mayor importancia la higiene cuando los avances en microbiología y la aparición del movimiento higienista van haciendo eco en la sociedad y en las personas destacadas de la época, estas directrices eran promulgadas por personas notorias en sus diversos campos de especialidad que tras años de estudios y descubrimientos quería mejorar la calidad de vida de la población (Ledermann, 2016)

La higiene de manos es fundamental y ha ido evolucionando durante el paso de los años hasta lo que se ha conseguido hoy en día, llegando a estar protocolizado y estandarizado a nivel mundial por la organización mundial de la salud
No fue hasta el siglo XX cuando el aseo hospitalario fue implementado en los hospitales con el fin de evitar la propagación de enfermedades y mejorar el cuidado de la piel del paciente hospitalizado (Serenko, 2017)
La higiene del paciente, así como la limpieza de las estancias hospitalarias es fundamental hoy en día con el fin de evitar las enfermedades nosocomiales y eliminar los agentes externos nocivos para el paciente y el personal sanitario que lleva a cabo sus labores profesionales

2 Objetivos

Determinar cómo ha de realizarse la técnica del aseo hospitalario en pacientes encamados por parte del profesional encargado de dicha función.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos así como de diversos estudios acerca del aseo del paciente encamado, para ello se ha utilizado como motor de búsqueda Google académico, las bases de datos consultadas han sido pubmed y scielo, los descriptores empleados para dicha búsqueda han sido aseo del paciente encamado y técnicas de aseo hospitalario, se ha consultado un total de 11 artículos o estudios de los cuales 5 han sido objeto de nuestra revisión y están comprendidos entre el 2012 y 2020, se han escogido aquellos más actualizados y completos.

4 Resultados

El aseo hospitalario del paciente encamado será realizado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería junto con la colaboración del celador para realizar la movilización del paciente
Antes de comenzar a realizar el aseo se preparará todo lo necesario, esponjas, Palanga con agua y jabón, crema hidratante, camisón, toallas y la ropa de la cama completa.
El aseo se comenzará por la cara, si el paciente es capaz de hacerlo por sí mismo se le proporcionará todo lo necesario para que se lave la cara, en el caso de que tenga

que realizarlo el TCAE mojará la esquina de una toalla y lavara con ella la cara al completo: ojos, orejas y toda la zona facial, a continuación comenzara por las extremidades superiores haciendo hincapié en las falanges de los dedos, después comenzaremos el aseo por la zona de las extremidades inferiores sin olvidarnos de nuevo de la zona interdigital de los pies, la siguiente zona en lavar será la zona genital aclarando con abundante agua en el caso de mujeres y retirando hacia atrás el prepucio y limpiando bien el glande en el caso de los varones. Una vez realizado el aseo por la parte supina del paciente el celador realizará la movilidad del paciente para colocarlo en decúbito lateral y proceder al aseo de la parte prono del paciente, se realizará el aseo de la espalda y de las extremidades inferiores dejando para el final la zona de glúteos y ano. Se le aplicará al finalizar el aseo crema hidratante o ácidos grasos hiperoxigenados si fuera necesario (Fuentes-Ferrer, 2012)

Cuando el celador realice las movilizaciones del paciente aprovecharemos a realizar la cama al completo para no andar moviendo de forma continuada y excesiva al paciente siendo la parte de la sabana y la colcha lo último en colocarse tras finalizar el aseo al completo

Durante el aseo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería realizará una revisión del estado de la piel del paciente, en el caso de encontrar alguna anomalía, rojez o herida en el paciente este avisara al personal Diplomado universitario en enfermería para aplicar las medidas necesarias que este considere oportunas (Fuentes-Gómez, 2012)

5 Discusión-Conclusión

La correcta aplicación del protocolo del aseo del paciente encamado es fundamental para una buena calidad asistencial del paciente hospitalizado, una buena higiene evita al paciente contraer enfermedades, eliminar la suciedad de la piel y proporcionarle confort durante su estancia hospitalaria

El aseo es de vital importancia con el fin de evitar un alargamiento de la estancia del paciente en el hospital al evitar que este pueda enfermar por algún problema derivado de la higiene personal, de esta forma se evita un gasto extra por paciente de recursos humanos y materiales

El trabajo en equipo por todo el personal sanitario que atienden al paciente es fundamental, la comunicación entre el TCAE, celador y DUE es imprescindible para dar una cobertura total al paciente durante su ingreso hospitalario (Ocampo, 2020).

6 Bibliografía

Fuentes-Ferrer, M. (Enero- Febrero de 2012). Efectividad de una intervención para la mejora del cumplimiento en la higiene de manos en un hospital de tercer nivel. Revista de Calidad Asistencial, 27(1), 3-10.
Fuentes-Gómez, V. (Julio- Agosto de 2012). Factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de la higiene de manos en un ámbito hospitalario. Revista de calidad asistencial, 27(4), 197-203.
Ledermann, W. (2016). Notas para una Historia de la Higiene tomadas de la Biblia. Revista chilena de infectología, 33(4), 9-12.
Ocampo, M. (2020). Higiene de manos en el personal de salud en un ámbito hospitalario, una revision de la literatura. Cultura del cuidado de enfermeria, 17(1), 93-106.
Serenko, A. (2017). Higiene social y organización de la salud pública como ciencia y asignatura de la enseñanza. Breve historia del desarrollo de la higiene social y la organización de la salud pública. Revista Cubana de Salud Pública, 43(4), 648-664.

Capítulo 105

PREPARACIÓN DE AISLAMIENTOS MÁS COMUNES EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MANUEL ANTONIO MORENO ALVARENGA

JULIA TORIBIO GOMEZ

1 Introducción

las diferentes enfermedades que sufren los pacientes ingresados en ocasiones pueden ser contagiosas por lo que en ocasiones es necesaria la aplicación de aislamientos para evitar la propagación de estas al resto de pacientes o incluso a los trabajadores

El primer equipo de protección individual data del siglo XVI cuando leonardo Da Vinci propuso que se pudiese utilizar un casco o escafandra para evitar que los marineros inhalaran los gases tóxicos (Murillo-Godínez, 2021) la muerte negra, conocida comúnmente como la peste negra, surge en toda Europa y en el resto del mundo en el año 1347-1350, no fue hasta 1894 cuando Alexandre Yersin pudo aislarla y descubrió que esta se transmite a través de un cierto tipo de pulgas y de animales infectados, en aquella época los equipos de protección individual utilizados era básicamente una máscara picuda, guantes de cuero y una capa larga con el fin de evitar el contacto con las enfermedades (Sánchez-González,

2021) los equipos de protección individual en la actualidad están avalados por multitud de estudios acerca de su eficacia y están extendidos a nivel mundial en todo el ámbito hospitalario, durante todas las pandemias de los últimos años la organización mundial de la salud siempre actualiza los protocolos de actuación en cuanto a equipos de protección individual se refiere con el fin de reducir su transmisión

2 Objetivos

Determinar los aislamientos más comunes utilizados en la planta de medicina interna de un hospital realizados por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería

3 Metodología

se ha realizado una revisión de artículos científicos acerca de los aislamientos hospitalarios así como de diversos estudios sobre los mismos, para ello se ha utilizado como motor de búsqueda Google académico, las bases de datos consultadas han sido scielo y pubmed, los descriptores utilizados han sido aislamiento hospitalario y equipos de protección individual, se han consultado un total de 7 de los cuales han sido objeto de la revisión 5 los cuales son los más actualizados y completos estando comprendidos entre los años 2003 y 2021.

4 Resultados

los aislamientos más utilizados en las plantas de medicina interna son los aislamientos de contacto, aislamiento por gotas, aislamiento respiratorio y aislamiento inverso en función de las patologías del paciente aislado y siempre bajo prescripción medica todos los aislamientos tienen varias partes en común, el personal sanitario que vaya a entrar en este tipo de habitaciones procederá a realizar una higiene de manos o en su defecto la utilización de gel hidroalcohólico, dentro de las habitaciones se instalara un cubo para los desechos, una bolsa en el cuarto de baño para la lencería contaminada y un kit de aislamiento en donde estará el termómetro, glucómetro y tensiómetro manual y se colocará un contenedor pequeño para objetos punzantes en la entrada de las habitaciones se instalará un cartel con las indicaciones que ha de seguir las visitas al entrar a ver al paciente y un aviso en donde si no saben cómo poner en práctica estas advertencias que se

pongan en contacto con el equipo de enfermería (González, 2014) aislamiento de contacto: para este aislamiento es necesario la utilización de bata, guantes y mascarilla quirúrgica como equipos de protección individual aislamiento por gotas: para este aislamiento es necesaria la utilización de mascarilla quirúrgica, guantes y bata como equipos de protección individual aislamiento respiratorio: para este aislamiento es necesaria la utilización de mascarilla ffp3, pantalla, guantes y bata como equipos de protección individual aislamiento inverso: para este aislamiento es necesaria la utilización de mascarilla, bata, guantes, gorro y calzas como equipos de protección individual todos los aislamientos en la planta de hospitalización son pautados por los facultativos e instaurados en las plantas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería con colaboración del personal diplomado universitario en enfermería

5 Discusión-Conclusión

La formación del personal sanitario en cuanto al montaje y desmontaje de los aislamientos es fundamental con el fin de no diseminar por la planta los agentes patógenos la aplicación de los protocolos de protección individual han de ser revisados y actualizados por los servicios de prevención y han de encargarse de que los profesionales sanitarios reciban esa formación indispensable para tratar adecuadamente al paciente hospitalizado (Ledermann, 2003) los aislamientos hospitalarios son de vital importancia, ya que gracias a ellos se protege al propio paciente, al personal sanitario y se evita la propagación por las diferentes zonas del hospital, de esta forma se ahorra enormes cantidades de dinero destinado a recursos materiales y humanos (Mantilla, 2009)

6 Bibliografía

González, L. (Junio de 2014). Revisión sistemática de la farmacorresistencia en enterobacterias de aislamientos hospitalarios en Colombia. Biomedica, 34(2), 24-31.

Ledermann, W. (2003). El hombre y sus epidemias. Revista chilena de infectología, 20(1), 13-17.

Mantilla, J. (Julio- Diciembre de 2009). Identificación por PCR-SSCP de genes de cefotaximasas en aislamientos hospitalarios de Enterobacteriaceae. Revista Colombiana de Biotecnología, 11(2), 45-47.

Murillo-Godínez, G. (2021). Breve historia de las epidemias y pandemias infecciosas. Medicina Interna de Mexico, 37(6), 1045-1051.

Sánchez-González, M. (Enero- Febrero de 2021). HISTORIA Y FUTURO DE LAS PANDEMIAS. Revista Médica Clínica Las Condes, 32(1), 7-13.

Capítulo 106

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS DIFERENTES ACCIDENTES LABORALES A LOS QUE ESTÁ EXPUESTO EN SU ENTORNO DE TRABAJO

AIDA LOZANO

1 Introducción

Se puede definir el accidente laboral como aquella actividad que el trabajador realiza en su puesto de trabajo y que le va a conllevar a una lesión corporal leve o grave durante su desarrollo. Esta lesión podrá ser una enfermedad corporal o psicológica, una herida o un impacto que es encajada en el marco laboral, siempre que exista una relación causa-efecto entre la lesión que se ha producido y el trabajo que se lleva a cabo. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el ámbito sanitario estarán expuestos a una serie de trabajos y actividades que serán nocivas para su salud, dando lugar a patologías que están comprometidas con el puesto de trabajo a desarrollar por este profesional sanitario.

Debido a esto, es muy importante conocer todos los riesgos y peligros que se pueden producir al desarrollar las actividades de la vida diaria de la jornada laboral. Dentro de los accidentes que se producen en el ámbito sanitario existe una

clasificación por la que los riesgos sean debido a contraer una enfermedad contagiosa, grave y en ocasiones mortal, o los producidos por sufrir un accidente en el que el trabajador tenga una lesión corporal más leve o más grave.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo será que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería conozca las diferentes acciones por las que se puede producir un accidente en el entorno laboral y con ello poner las medidas necesarias para no llegar a esa situación.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se ha realizado una búsqueda en relación con los objetivos propuestos. Para ello, se ha consultado con bibliotecas electrónicas como Wikipedia, bases de datos como Medline y buscadores como Google Académico. Se incluyeron en el estudio todos los artículos que cumplieron los requisitos necesarios para la realización de este trabajo. Palabras clave: accidente, laboral, auxiliar.

4 Resultados

Los accidentes sufridos por el personal sanitario, como los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los centros sanitarios, pueden ser de varios tipos, por lo que se clasifican de la siguiente manera:

- RIESGO DE CORTES O PINCHAZOS: este riesgo se produce cuando los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería manipulan instrumental que sea punzante o cortante como jeringuillas o bisturís, pudiendo dar lugar a accidentes por punción. Para prevenir esta situación, el profesional sanitario deberá seguir los protocolos establecidos en manipulación de este tipo de materiales.

- RIESGOS BIOLÓGICOS: este tipo de riesgo se produce cuando el técnico en cuidados auxiliares de enfermería contrae una infección producida por algún agente biológico patógeno, esto se produce cuando el profesional entra en contacto con los enfermos durante su manipulación o durante las curas, debido a la manipulación de ropa, vendajes o secreciones corporales o derivados. Para prevenir este riesgo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá de llevar

a cabo todos los procedimientos y medidas establecidas en el protocolo del centro, como son uso de guantes, mascarillas, o equipo de protección individual si es necesario.

- RIESGO DE CAÍDAS: este riesgo se presenta durante los desplazamientos que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería a lo largo de su jornada laboral, debido a un mal estado del pavimento, falta de limpieza u orden del mismo o incluso por un traspié del propio trabajador. Para prevenir estos accidentes, el suelo deberá estar limpio y con todo el área libre de obstáculos. Además, el profesional deberá de utilizar un calzado sanitario o zueco de quirófano adecuado que esté bien sujeto al pie y cuya suela sea antideslizante, este tipo de calzado deberá estar homologado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá de tener en cuenta que cualquier actividad profesional que se desarrolle en el ámbito sanitario, lleva a cabo la posibilidad de que existan riesgos de diferentes tipos como los enumerados en el apartado anterior y que hay que controlar de la manera más adecuada y mitigar en su totalidad siempre que sea posible. Por ello, es muy importante que estos profesionales realicen cursos en prevención de riesgos laborales impartidos por la empresa, para así conocer las diferentes situaciones que pueden darse en el entorno laboral y las medidas a aplicar en cada una de las situaciones, evitando así accidentes laborales.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Accidente_laboral

2. http://ssprl.gobex.es/ssprl/web/guest/comunicacion-de-accidentes-en-el-trabajo

3.https://www.spmas.es/blog/h1-tipos-de-accidentes-en-el-trabajo/

Capítulo 107

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

CANDELARIA SÁEZ RUIZ

MIRIAM GONZÁLEZ AGUSTINA

MARÍA ROSA CEPEDA MÍNGUEZ

JUANA DEL CISNE ROMERO GUAILACELA

BEATRIZ OLIVER GARCÍA

1 Introducción

Un paciente psiquiátrico ingresado se refiere a una persona que ha sido hospitalizada en una unidad especializada en salud mental debido a trastornos psiquiátricos significativos que requieren cuidado y tratamiento intensivo. Estos trastornos pueden incluir trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad, entre otros.

El ingreso de un paciente psiquiátrico tiene como objetivo proporcionar un entorno seguro y estructurado donde se pueda evaluar, diagnosticar y tratar adecuadamente su condición. Durante su estancia en la unidad psiquiátrica, el paciente recibirá atención multidisciplinaria de un equipo de profesionales de la salud mental, que puede incluir psiquiatras, psicólogos, enfermeras especializadas en salud mental y trabajadores sociales.

El ingreso psiquiátrico ofrece numerosos beneficios para el paciente. Proporciona una supervisión constante y una atención personalizada para controlar los síntomas, prevenir riesgos y promover la estabilización. También permite ajustar y optimizar la medicación, proporcionar terapia individual o grupal, y brindar apoyo emocional y educación sobre la enfermedad mental.

Durante el ingreso, se pueden llevar a cabo diferentes intervenciones terapéuticas, como terapia cognitivo-conductual, terapia ocupacional, terapia de grupo y programas de rehabilitación psicosocial. El objetivo es ayudar al paciente a adquirir herramientas para manejar sus síntomas, promover su recuperación y fomentar la reintegración en la comunidad una vez se haya alcanzado la estabilidad.

Es importante destacar que el ingreso psiquiátrico no debe ser visto como una medida estigmatizante, sino como un recurso valioso para brindar una atención especializada y mejorar la calidad de vida del paciente. Se busca proporcionar el tratamiento necesario y el apoyo emocional adecuado para abordar los desafíos de salud mental y promover el bienestar general del individuo.

2 Objetivos

Conocer la importancia de la labor del Técnico Auxiliar de Enfermería de Psiquiatría en sus múltiples funciones para establecer un protocolo para su correcto funcionamiento.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con diferentes bases de datos con la intención de buscar cualquier artículo que nos pueda servir para integrar las funciones o manejo debe realizar el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.Las bases de datos son: SCIELO; PUMBED, MEDLINE.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en el manejo del paciente psiquiátrico ingresado, trabajando en estrecha colaboración con el equipo multidisciplinario de salud mental. A continuación, se describen algunas de las funciones principales del TCAE en este contexto:

Apoyo en la atención diaria: El TCAE brinda apoyo en la atención diaria del paciente psiquiátrico, asistiéndolo en su higiene personal, alimentación y movilidad. Ayuda al paciente a realizar actividades básicas de la vida diaria y se asegura de que se sienta seguro y cómodo.

Observación y registro: El TCAE realiza observaciones regulares del paciente, registrando cambios en su estado de ánimo, comportamiento y síntomas. Esto ayuda al equipo de salud mental a evaluar la respuesta al tratamiento y a tomar decisiones clínicas adecuadas.

Participación en terapia grupal: El TCAE puede colaborar en las sesiones de terapia grupal, facilitando la participación del paciente y proporcionando apoyo emocional. Ayuda a crear un ambiente seguro y de confianza, fomentando la comunicación y la expresión de emociones.

Apoyo en terapia ocupacional: El TCAE puede participar en las actividades de terapia ocupacional diseñadas para promover la recuperación y el desarrollo de habilidades. Esto puede incluir talleres de arte, música, ejercicio físico o actividades recreativas que fomenten la participación del paciente y su bienestar general.

Prevención de riesgos y contención física: En situaciones de crisis, el TCAE puede colaborar en la prevención de riesgos para el paciente y su entorno. Bajo la dirección del personal de enfermería y siguiendo los protocolos establecidos, puede ayudar en la contención física del paciente para garantizar su seguridad y la de los demás.

Colaboración en la administración de medicación: El TCAE puede colaborar en la administración de medicamentos, bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería. Esto puede implicar la preparación de los medicamentos, el control de la toma correcta de los mismos y el registro de la administración.

Comunicación y apoyo al paciente: El TCAE desempeña un papel fundamental en la comunicación con el paciente, brindando apoyo y escucha activa. Puede proporcionar información básica sobre el proceso de hospitalización y ayudar al paciente a comprender y cumplir con las indicaciones del equipo de salud mental.

Es importante destacar que el TCAE debe seguir los protocolos y directrices establecidas por el personal de enfermería y actuar en coordinación con el equipo multidisciplinario de salud mental. Su trabajo contribuye al cuidado integral y al bienestar del paciente psiquiátrico ingresado.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental en el manejo del paciente psiquiátrico por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es desarrollar una actitud empática y respetuosa. El paciente psiquiátrico puede enfrentar desafíos emocionales y comportamentales, por lo que es importante mostrar comprensión y empatía hacia su situación. Además, se debe fomentar una comunicación clara y efectiva, brindando apoyo emocional y escucha activa. Es esencial respetar la privacidad y la dignidad del paciente en todo momento, creando un ambiente seguro y de confianza. Trabajar en estrecha colaboración con el equipo de salud mental, seguir los protocolos establecidos y actualizar constantemente los conocimientos son también recomendaciones clave para proporcionar una atención de calidad y contribuir al bienestar del paciente psiquiátrico.

6 Bibliografía

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

Capítulo 108

FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE INFECCIOSO

CANDELARIA SÁEZ RUIZ

MIRIAM GONZÁLEZ AGUSTINA

MARÍA ROSA CEPEDA MÍNGUEZ

JUANA DEL CISNE ROMERO GUAILACELA

BEATRIZ OLIVER GARCÍA

1 Introducción

Un paciente infeccioso es aquel que presenta una enfermedad causada por la invasión y multiplicación de microorganismos patógenos en su organismo. Estos microorganismos pueden incluir bacterias, virus, hongos o parásitos, y pueden afectar diferentes partes del cuerpo. El concepto de paciente infeccioso implica que la enfermedad es contagiosa y puede transmitirse a otras personas a través de diferentes vías, como el contacto directo, las gotas respiratorias, el contacto con superficies contaminadas o la transmisión sexual.

El paciente infeccioso puede presentar una amplia variedad de síntomas y signos, que dependen del tipo de microorganismo involucrado y de la localización

de la infección. Estos síntomas pueden incluir fiebre, malestar general, dolor, secreciones anormales, erupciones cutáneas, diarrea, tos o dificultad para respirar, entre otros.

El manejo del paciente infeccioso implica tomar medidas para prevenir la propagación de la enfermedad y garantizar la seguridad del paciente y del personal de salud. Esto incluye el uso de equipos de protección personal, el seguimiento de prácticas adecuadas de higiene y control de infecciones, el aislamiento del paciente cuando sea necesario y el manejo adecuado de los desechos biológicos.

Es fundamental contar con un enfoque multidisciplinario en el cuidado del paciente infeccioso, con la participación de médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y otros profesionales de la salud. Cada miembro del equipo desempeña un papel importante en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infección, así como en la educación del paciente y su familia sobre las medidas de prevención y el manejo de la enfermedad.

2 Objetivos

El objetivo principal en el manejo del paciente infeccioso es controlar y tratar la infección, aliviar los síntomas, prevenir complicaciones y promover la recuperación. Esto se logra a través de un enfoque integral que incluye terapia farmacológica, cuidados de enfermería, medidas de control de infecciones y educación al paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con diferentes bases de datos con la intención de buscar cualquier artículo que nos pueda servir para integrar las funciones o manejo debe realizar el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.Las bases de datos son: SCIELO; PUMBED, MEDLINE.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel crucial en el cuidado y manejo del paciente infeccioso, trabajando en estrecha colaboración con el equipo de enfermería y siguiendo los protocolos de control de

infecciones establecidos. A continuación, se describen algunas de las funciones principales del TCAE en este contexto:

Implementar medidas de prevención y control de infecciones: El TCAE es responsable de seguir y aplicar estrictamente las medidas de prevención y control de infecciones, como el uso adecuado de equipos de protección personal (guantes, mascarillas, batas), el lavado de manos riguroso y el cumplimiento de las prácticas de aislamiento establecidas según el tipo de infección.

Asistir en la administración de medicamentos: Bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería, el TCAE puede colaborar en la administración de medicamentos necesarios para el tratamiento de la infección, como antibióticos o antivirales. Esto puede incluir la preparación de los medicamentos, el control de la administración correcta y el registro de la administración.

Monitorear signos vitales y síntomas: El TCAE puede ayudar en el monitoreo de los signos vitales del paciente, como la temperatura, el pulso y la presión arterial, registrándolos de manera adecuada y reportando cualquier cambio significativo al personal de enfermería. También puede ayudar en la observación y el registro de los síntomas relacionados con la infección, como dolor, secreciones o cambios en la piel.

Asistir en el cuidado y confort del paciente: El TCAE brinda asistencia al paciente infeccioso en su cuidado diario, como la higiene personal, la alimentación y la movilidad. Asegura que se sigan las medidas de precaución y de aislamiento necesarias, y se esfuerza por brindar un ambiente seguro y cómodo al paciente.

Colaborar en la educación del paciente: El TCAE puede participar en la educación del paciente y sus familiares sobre las medidas de prevención de infecciones, el manejo de síntomas y las pautas de cuidado en el hogar. Proporciona información básica sobre la infección y las precauciones necesarias para evitar la propagación de la misma.

Mantenimiento del entorno limpio: El TCAE colabora en el mantenimiento de un entorno limpio y desinfectado, siguiendo los procedimientos establecidos para la limpieza y desinfección de superficies, equipos y utensilios. Participa en la eliminación adecuada de los desechos y materiales contaminados.

Es importante destacar que el TCAE trabaja bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería y debe seguir los protocolos y directrices establecidas para garantizar una atención segura y efectiva al paciente infeccioso. Su colab-

oración en estas funciones contribuye al cuidado integral y al bienestar del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel crucial en la actuación del paciente infeccioso debido a su participación en el manejo directo del paciente y en la implementación de medidas de prevención y control de infecciones. El TCAE se encarga de garantizar la correcta utilización de equipos de protección personal, realizar el lavado de manos adecuado y asegurar un entorno limpio y desinfectado. Además, el TCAE colabora en la asistencia al paciente, monitoriza los signos vitales y asiste en la administración de medicamentos bajo supervisión. Su participación activa y su conocimiento en las medidas de control de infecciones son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente y del personal de salud en el manejo del paciente infeccioso.

6 Bibliografía

1. Lávese las manos para prevenir las infecciones (y así evitar el uso de antibióticos). OMS. Video animación. Disponible en: https://bit.ly/2Bk4eia
2. Las enfermedades infecciosas. Organización Mundial de la Salud. OMS.: https://bit.ly/37H5Gas
3. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017
4. Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/

Capítulo 109

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LAS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE LABORATORIO

CANDELARIA SÁEZ RUIZ

MIRIAM GONZÁLEZ AGUSTINA

MARÍA ROSA CEPEDA MÍNGUEZ

JUANA DEL CISNE ROMERO GUAILACELA

BEATRIZ OLIVER GARCÍA

1 Introducción

El servicio de laboratorio hospitalario es una parte integral del sistema de atención médica que se encarga del análisis de muestras biológicas para obtener información diagnóstica y de seguimiento sobre la salud del paciente. El objetivo principal del laboratorio hospitalario es proporcionar resultados precisos y oportunos que apoyen en la toma de decisiones clínicas.

El laboratorio hospitalario está equipado con tecnología avanzada y cuenta con personal altamente capacitado, como técnicos de laboratorio y científicos clínicos. Estos profesionales realizan una variedad de pruebas en muestras de sangre, orina, tejidos, líquidos corporales y otros materiales biológicos para identificar enfermedades, evaluar la función de órganos y detectar marcadores específicos.

Las pruebas comunes realizadas en el laboratorio hospitalario incluyen análisis de hematología, química clínica, microbiología, serología, inmunología, genética y patología. Estas pruebas son esenciales para el diagnóstico de enfermedades infecciosas, trastornos metabólicos, enfermedades genéticas, cáncer y otras condiciones médicas.

El laboratorio hospitalario desempeña un papel fundamental en la atención al paciente, ya que proporciona información crítica que guía el tratamiento y seguimiento de enfermedades. Los resultados de laboratorio ayudan a los médicos a realizar diagnósticos precisos, determinar la efectividad de un tratamiento y ajustar la terapia en función de los resultados obtenidos.

Además, el laboratorio hospitalario también juega un papel importante en la prevención y control de infecciones. Realiza pruebas de detección de enfermedades infecciosas, como el VIH o la hepatitis, y monitorea la resistencia antimicrobiana para ayudar a controlar la propagación de enfermedades y garantizar un uso adecuado de los antibióticos.

Es importante destacar que el laboratorio hospitalario se rige por estrictas normas de calidad y seguridad. Se asegura de cumplir con estándares de control de calidad, calibración de equipos, mantenimiento de registros precisos y cumplimiento de regulaciones y directrices específicas.

El servicio de laboratorio hospitalario desempeña un papel esencial en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades. Proporciona resultados precisos y oportunos que respaldan la toma de decisiones clínicas, mejora la calidad de atención al paciente y contribuye al manejo eficiente de las enfermedades. El laboratorio hospitalario es un componente integral de la atención médica que trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para brindar una atención integral y de calidad a los pacientes.

2 Objetivos

Conocer las funciones y tareas de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en cuanto a su función dentro del servicio de un laboratorio hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con diferentes bases de datos con la intención de buscar cualquier artículo que nos pueda servir para integrar las funciones o manejo debe realizar el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.Las bases de datos son: SCIELO; PUMBED, MEDLINE.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en el laboratorio clínico, colaborando estrechamente con los profesionales del laboratorio y el personal de enfermería. Aunque el TCAE no realiza pruebas de laboratorio de alta complejidad, su participación es crucial en varias áreas. A continuación, se describen algunas de las funciones del TCAE en el laboratorio clínico:

Recolección de muestras: El TCAE es responsable de recolectar muestras biológicas, como sangre, orina o hisopos, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos. Se asegura de utilizar las técnicas adecuadas para minimizar el riesgo de contaminación y garantizar la integridad de la muestra.

Preparación y etiquetado de muestras: El TCAE prepara y etiqueta las muestras correctamente, asegurándose de que estén debidamente identificadas con el nombre del paciente, la fecha y la hora de recolección. Esto es fundamental para evitar errores y asegurar la trazabilidad de las muestras.

Transporte de muestras: El TCAE es responsable de transportar las muestras recolectadas desde el área de recolección hasta el laboratorio, siguiendo las normas de seguridad y garantizando la integridad de las muestras durante el proceso de transporte.

Mantenimiento y limpieza de equipos: El TCAE colabora en el mantenimiento y limpieza de los equipos y materiales utilizados en el laboratorio clínico. Esto implica seguir los procedimientos de limpieza adecuados, asegurarse de que los equipos estén en buen estado de funcionamiento y reportar cualquier problema o falla al personal responsable.

Apoyo administrativo: El TCAE puede ayudar en tareas administrativas del laboratorio, como el registro de muestras, la gestión de la documentación relacionada con el análisis de muestras y la preparación de informes o etiquetas de resultados.

Atención al paciente: El TCAE interactúa directamente con los pacientes que acuden al laboratorio clínico, brindando apoyo y orientación durante la recolección de muestras. También puede responder a preguntas básicas sobre los procedimientos de laboratorio y proporcionar instrucciones para la recolección adecuada de muestras en el hogar.

Es importante destacar que el TCAE trabaja bajo la supervisión del personal de laboratorio y sigue las pautas y protocolos establecidos. Su colaboración en estas funciones contribuye al funcionamiento eficiente del laboratorio clínico, garantizando la correcta recolección, preparación y transporte de muestras, así como el mantenimiento de equipos y materiales. Su participación activa y precisa es fundamental para apoyar la obtención de resultados de laboratorio precisos y oportunos, lo que a su vez contribuye a una atención de calidad al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación para mejorar el servicio de laboratorio clínico es implementar un enfoque centrado en el paciente. Esto implica priorizar la comunicación clara y efectiva con los pacientes, brindar un trato respetuoso y empático, y garantizar una experiencia positiva durante la recolección de muestras. Además, se deben optimizar los tiempos de espera, minimizando la demora en la entrega de resultados. Esto se puede lograr mediante una planificación eficiente de los recursos y una gestión adecuada de la carga de trabajo. Asimismo, es fundamental mantener altos estándares de calidad y precisión en los análisis, asegurando la calibración y el mantenimiento regular de los equipos. La capacitación continua del personal de laboratorio y la implementación de sistemas de control de calidad rigurosos son también recomendaciones clave para garantizar la excelencia en el servicio de laboratorio clínico.

6 Bibliografía

- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm#marc06.

Capítulo 110

ATENCIÓN AL PACIENTE ODONTOLÓGICO

BARBARA GARCÍA PALOMARES

MARÍA DEL PILAR ROCHA GARCIA

MANUELA PALOMARES GARCÍA

MARÍA CARVAJAL ROCHA

ELISA SERRANO GARIJO

1 Introducción

La mayor parte de la atención al paciente odontológico recae en el auxiliar, antes de realizar el tratamiento, mientras se está realizando y después de realizarlo.

Por ello debemos tratar al paciente de forma adecuada, transmitirle tranquilidad desde nuestros conocimientos informar al paciente el tratamiento y los procedimientos que se van a llevar a cabo.
La ansiedad es una de las sensaciones más presentes y desagradables en los pacientes que acuden a una consulta dental.

Pero la ansiedad no es otra cosa que una respuesta de activación antes señales que generan alerta en el cuerpo humano y antes situaciones de estrés.

Existen pacientes con niveles de ansiedad muy altos, que hacen que el ambiente distendido y el trato correcto sean del todo insuficientes para minimizar

su malestar. Entonces, es el momento de aplicar ciertas técnicas de relajación, algunas de las cuales son accesibles para la auxiliar.

Se lleva a cabo el control de la respiración, en un niño adolescente, se puede aplicar la técnica del modelado, en la que se pone el ejemplo de un paciente colaborador y modélico.

Si por motivos que sean no es posible calmar al paciente con estas técnicas de relajación, entonces pueden recurrir al uso de fármacos ansiolíticos ante el inicio del tratamiento. Los más utilizados son las benzodiacepinas, en odontología los ansiolíticos más habituales son el diazepam, el bromazepam, el clorazepato y el ormetazepam. Además, si le damos un enfoque educativo el paciente odontológico, hará por alargar la efectividad del tratamiento y en consecuencia mejorará su estado de salud bucodental.

Desde que el paciente entra a la consulta dental hasta que sale, debe percibir un ambiente cordial y armónico. Debe sentirse cómodo y tener la confianza para expresar lo que siente y los problemas que tiene o que pueden surgir durante el tratamiento.

No es lo mismo atender a un paciente adulto que a un niño. En cualquier caso, se busca ofrecer una atención de calidad, fomentando la educación en higiene bucal y que refuerce la confianza del paciente.
Cuando el paciente llega a la consulta, sea niño o adulto, es muy probable que lo haga con cierto miedo y ansiedad. El auxiliar debe colaborar y minimizar estos sentimientos, dispensando un trato cercano y ofreciendo técnicas de control de dolor y de la ansiedad. Al niño se le debe dar protagonismo. Hay que preguntarle a él y no a los padres, aunque estos al final confirmen la información proporcionada por el niño. El pequeño, además, no debe quedarse solo en ningún momento en el gabinete bucodental, aunque los padres, si los hijos son mayores de cinco años, no pueden entrar. Si el niño presenta mucho miedo es recomendable seguir la técnica del modelado, con la que se describen otros casos de niños que superan problemas parecidos tras enfrentarse a ellos.

A los niños les debe explicar todo lo que se les hará, sin mentir y con un lenguaje especial para que lo puedan comprender todo perfectamente. Es importante reiterar que no se puede mentir. El engaño afectaría a la relación del niño con el personal sanitario.
El paciente adulto que acude a la consulta espera que su tratamiento tenga una larga duración y conviene que el auxiliar fomente la participación del pro-

pio paciente en el mantenimiento de su estado bucal, dándole protagonismo en la planificación y fomentando la responsabilidad sobre el mantenimiento del tratamiento.
Como con los niños, la actitud del auxiliar debe ser la de dar un enfoque educativo a todo lo que se hace. El objetivo es la promoción de la higiene bucodental y que la supervivencia del tratamiento que se efectúa sea máxima.

2 Objetivos

En este capítulo vamos a desarrollar las funciones del Técnico en Cuidados auxiliares de enfermería en lo que se refiere a la atención al paciente odontológico.

Veremos como tratar a un paciente adulto o niño.

Exponer la información básica sobre pautas de higiene bucodental o como tratar de minimizar los efectos de la ansiedad en los pacientes.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo hemos visitado la clínica dental, Lidia, situada en la localidad de Miguelturra con provincia en Ciudad Real. Castilla La Mancha.

En ella hemos comprobado de primera mano, el trabajo del técnico auxiliar en cuidados de enfermería.
También hemos consultado algunas publicaciones de carácter científico sanitario a través del buscador Google Académico, en la base de datos PubMed.

4 Resultados

El personal auxiliar es el encargado de la recepción al paciente. Lo recibe y lo acompaña a la sala de espera después de comprobar su cita en la agenda. Si es la primera vez que el paciente acude a consulta, preguntan datos de filiación, finalmente o por escrito. Es importante que este proceso de recepción y acompañamiento a la sala de espera se haga sin guantes ni mascarilla.

En la sala de espera se invita al paciente a sentarse y a leer alguna revista o publicación. En el caso de niños tan de tener publicaciones adecuadas a su edad o incluso algún juguete para que se entretenga durante la espera.

Si el paciente ya es conocido, se le puede preguntar por la familia o por aspectos personales para distender el ambiente. Conviene informar si se va a tardar en atender o si el tratamiento va a llevar mucho tiempo. Diente no debe sentirse abandonado.

Como hemos mencionado anteriormente, una de las funciones del auxiliar es la de recomendar una buena higiene y hábitos saludables para el cuidado bucodental. A continuación mencionaremos algunos tips.

LA INFORMACIÓN SOBRE LAS PAUTAS DE HIGIENE BUCODENTAL.

Las bacterias son el origen de la mayor parte de las patologías dentales y periodontales. La placa bacteriana está compuesta por una trama de sustancias químicas adhesivas en las que viven y se reproducen especies bacterianas. La placa se forma principalmente sobre la superficie del diente, al cabo de muy poco tiempo de haber sido eliminada con el cepillo. Cuando hay gran cantidad de placa, puede calcificarse y dar lugar al sarro.

El auxiliar debe proporcionar al paciente unas pautas de higiene bucodental. Y es que el objetivo de la prevención dental no es otro que el de mejorar la salud oral de la población e instaurar una serie de hábitos higiénicos y dietéticos.
Así, la prevención poco dental se apoya en: Uso de flúor, aplicación de selladores, revisiones al dentista cada 6 o 12 meses y la eliminación de la placa bacteriana con una buena higiene oral.

Una dieta correcta con bajo consumo de alimentos cariógenos y una hidratación adecuada, con buen aporte de nutrientes ayuda a formar dientes sanos y fuertes.

El cepillado dental frecuente es un método eficaz contra la placa bacteriana y contra las caries y las enfermedades periodontal. Se lleva a cabo con el cepillo y se completa con dentífricos y colutorios.

El cepillo no puede acceder bien a determinados espacios interdentales y en determinadas fisuras. Ahí se recomienda el uso de otros medios como la seda dental, y los interdentales, las floraciones o los selladores.

El objetivo principal es realizar correctamente un cepillado manual una rutina mediante un barrido vertical en la encía y el diente.

Hay distintos dentífricos con diferentes funciones específicas. Según los componentes que la forman o los principios activos de su formulación, la pasta de

dientes actúa inhibiendo el metabolismo de las bacterias en la boca, lindo un aumento de la resistencia del esmalte de la pieza dental y evitando la irrigación de los tejidos de la boca.
La CEDA dental se emplea para el cuidado dental interproximal y para eliminar la placa bacteriana, pero en ningún caso sustituye el cepillado.

La lengua es otra parte que se debe limpiar diariamente, ya que es donde se acumula una mayor cantidad de bacterias de toda la cavidad bucal. Puede usarse un limpiador que se arrastra por toda la lengua.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar es la persona que más tiempo pasa con el paciente y además, tiene un trato directo con el mismo.
Ya que está presente en la recepción y en el tratamiento.
Es la que se ocupará de que el paciente se sienta cómodo, quitarle los miedos y bajar su nivel de ansiedad, tanto en adultos como en niños.

Una de las funciones principales del auxiliar en las clínicas dentales es la de inculcar a los pacientes un hábito de higiene bucodental.

También se encargará de informarle sobre el tratamiento que va a seguir, el procedimiento y el tiempo que se tardará.

6 Bibliografía

Visita presencial a la Clínica Odontológica ”Lidia” en Miguelturra, Ciudad Real.
https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=29820
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2021000100051&script=sci_arttext&tlng=pt

Capítulo 111

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL QUIRÓFANO DE TRAMATOLOGÍA

MARGARITA SÁNCHEZ PUENTE

1 Introducción

El TCAE en el quirófano de traumatología, es un profesional fundamental en el entorno quirúrgico especializado en traumatología.

Su labor principal es asistir al equipo médico y de enfermería durante los procedimientos quirúrgicos relacionados con su especialidad.

Este técnico es el encargado de la preparación y organización del quirófano desempeñando un papel crucial y asegurándose de que esté equipado con todos los materiales y herramientas necesarios para llevar a cabo las intervenciones quirúrgicas de manera eficiente y segura. Además, colabora activamente durante el desarrollo de la cirugía, proporcionando los instrumentos requeridos y asistiendo al cirujano y al equipo de enfermería en cada paso del procedimiento.

El técnico de cuidados auxiliares en quirófano de traumatología también juega un papel muy importante en el cuidado del paciente antes, durante y después de la operación, ya que ayuda en la preparación del paciente para la cirugía, asegurándose de que esté cómodo en todo momento así como en la posición adecuada.

Durante la intervención, colabora en mantener un ambiente estéril y seguro, y se encarga de suministrar los instrumentos y materiales necesarios en el momento oportuno.
Después de la cirugía, brinda atención y confort al paciente, siguiendo las indicaciones del equipo médico.

Además de su participación directa en el quirófano, el técnico de cuidados auxiliares en quirófano de traumatología también puede ser responsable de tareas administrativas, como mantener registros precisos de los procedimientos, gestionar la documentación y asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad.

En resumen, el técnico de cuidados auxiliares en quirófano de traumatología desempeña un papel esencial en el equipo quirúrgico, garantizando un entorno seguro y eficiente para el paciente y apoyando al equipo médico en la realización de intervenciones quirúrgicas relacionadas con traumatología.

2 Objetivos

Describir el papel del TCAE en quirófano de traumatología.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo ha sido gracias a la investigación de bibliografías que ya existen, así como a la revisión de escritos científicos.
Esta investigación se ha basado en la búsqueda de información, también se han consultado imágenes así como otros datos que proceden de internet y publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

El trabajo del técnico de cuidados auxiliares en quirófano de traumatología puede tener diversos resultados positivos tanto para el paciente como para el equipo médico.

Algunos de los resultados más destacados son:

La seguridad del paciente: El TCAE tiene un papel clave en la garantía de un entorno quirúrgico seguro y estéril. El cumplimiento de las normas de asepsia

y control de infecciones contribuye a reducir el riesgo de complicaciones y a asegurar la seguridad del paciente durante la cirugía traumatológica.

La eficiencia en el quirófano: La asistencia del técnico en la preparación del quirófano, el suministro adecuado de instrumentos y materiales, y la colaboración durante la cirugía ayudan a que el equipo médico realice el procedimiento de manera más eficiente. Esto puede resultar en una disminución del tiempo quirúrgico y una mejor utilización de los recursos disponibles.

El cuidado y comodidad del paciente: El técnico da apoyo al paciente antes, durante y después de la cirugía traumatológica. Su atención a las necesidades básicas del paciente, la preparación adecuada y la provisión de confort, hacen una experiencia más positiva y satisfactoria para el paciente.

El mantenimiento del equipo quirúrgico: El trabajo del técnico en la limpieza, desinfección y esterilización de los instrumentos y materiales quirúrgicos garantiza la disponibilidad de un equipo en óptimas condiciones. Esto ayuda a prevenir infecciones nosocomiales y a mantener la calidad de los resultados quirúrgicos.

La colaboración interdisciplinar: La estrecha colaboración del técnico con el equipo médico y de enfermería favorece una comunicación fluida y una coordinación efectiva durante el procedimiento quirúrgico. Esto puede mejorar la sinergia entre los profesionales de la salud y optimizar los resultados en términos de precisión y atención al paciente.

En general, los resultados del trabajo del técnico de cuidados auxiliares en quirófano de traumatología se traducen en una atención más segura y eficiente para el paciente, una mejor utilización de los recursos y una colaboración interdisciplinaria efectiva en el entorno quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

La labor del técnico de cuidados auxiliares en quirófano de traumatología es de vital importancia para el adecuado y correcto funcionamiento y éxito de los procedimientos quirúrgicos relacionados con la traumatología. Su presencia y apoyo son fundamentales tanto para el equipo médico como para el paciente.

Sin embargo, es importante destacar que la responsabilidad y el alcance de las funciones del técnico de cuidados auxiliares en quirófano de traumatología pueden variar según el país y las regulaciones específicas de cada institución de salud.

Además, este profesional siempre debe trabajar bajo la supervisión y dirección del equipo médico y de enfermería, cumpliendo con los protocolos y estándares establecidos.

La figura que el técnico de cuidados auxiliares en quirófano de traumatología desempeña, es un papel esencial en el equipo quirúrgico, garantizando un entorno seguro, asistiendo al equipo médico y proporcionando cuidados adecuados al paciente.

Su contribución contribuye a la eficiencia y calidad de las intervenciones quirúrgicas traumatológicas.

6 Bibliografía

- Google académico
- Auxiliar de enfermería. Evangelina Perez de la Plaza, Ana Mª Fernández Espinosa. Mc Gray Hill Education.
- Técnicas Básicas de Enfermería. Roberto Gómez Arribas, Belén Blasco Comenarejo. Editex.

Capítulo 112

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA DEAMBULACIÓN TRAS UN PERIODO DE INACTIVIDAD

MARIANGELES ALCÁZAR LOZANO

1 Introducción

Cuando, por diversas causas, una persona tiene que permanecer un largo periodo en reposo o con una mínima movilidad, el organismo se resiente y presenta complicaciones para volver a la antigua actividad.

El proceso para conseguir una vuelta a la completa y normal actividad tiene que ser programado y paulatino, y con unos pasos claves y precisos a seguir para evitar posibles problemas y lesiones derivadas de malas actuaciones, al no estar el cuerpo preparado para la nueva situación.

Se debe de tener claro las etapas y las acciones. Y se debe de realizar con personas con conocimientos, pues las distintas respuestas del cuerpo pueden ser negativas, si no se realiza con conocimiento.

Tras superar una fase, se debe de dar paso a la siguiente. Para evitar lesiones o superar dificultades que aparecen como consecuencia de ese largo periodo de reposo que han llevado al enfermo a perder condiciones físicas y encontrarse

más débil. No se debe de acelerar inconscientemente el proceso, ya que hay que reconocer los problemas que surgen e intentar resolverlos.

Para llegar al éxito y conseguir una actividad plena también se puede recurrir a dispositivos de ayuda al enfermo, tales como muletas, andadores, bastones, etc, que facilitar la deambulación.

2 Objetivos

- Definir las fases para conseguir una total independencia tras un periodo de inmovilidad.

-Programar las etapas a seguir

- Conocer los distintos tipos de dispositivos de ayuda.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda ordenada y sistemática de libros, publicaciones y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medine y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando un paciente ha permanecido un largo periodo en reposo, sin caminar, por distintas o diversas causas, se suelen producir ciertos efectos en el cuerpo humano como pérdida de masa muscular y disminución de la fuerza motriz en manos, brazos, miembros inferiores, etc.

Se producen alteraciones en el aparato respiratorio, en el circulatorio, en el digestivo y, sobre todo, en el aparato locomotor.

Para intentar conseguir de nuevo la máxima independencia se debe de realizar un programa de deambulación.

- En primer lugar, se la persona está encamada, se intentará que ésta haga por sí sola los máximos cambios posturales. Así se conseguirá recuperar algo de fuerza, en los miembros superiores. Para ello le facilitaremos diversos aparatos, que se

acoplan a la cama para que le sirva de ayuda. Estos pueden ser el triángulo de Balkan, barandillas en los laterales de la cama.

-Comprobaremos que tolera bien la posición de Fowler y que puede permanecer sentado en la cama. Sin que se produzcan mareos.

- Si lo tolera bien, el siguiente paso será intentar la sedestación en un sillón. Para ello el paciente se sentará en la orilla de la cama y vigilaremos que no se maree. Con dos personas, que les sirvan de apoyo, dependiendo de la fuerza y colaboración del enfermo, se le sentará en el sillón. Primero un poco tiempo, para después ir en aumento.

- Tras esta fase, se comprobará que tiene la suficiente fuerza en los miembros inferiores y cómo mantiene la bipedestación. Primero será con apoyo y cuando se sienta mas fuerte y seguro se intentará que lo haga sin ayuda.

- Una vez superada con éxito esta fase, la siguiente etapa será la iniciación a la marcha. Que debe de ser progresiva y siempre que el paciente tenga la suficiente fuerza y energía para caminar.

Si todo marcha correctamente, la marcha se intentará con un andador, y una persona a su lado para evitar posibles caídas. Poco a poco se irá aumentando la distancia a recorrer.

Posteriormente se podrá optar a las muletas, y a los bastones. Para conseguir finalmente una completa autonomía en la deambulación.

5 Discusión-Conclusión

El cuerpo humano está diseñado para la actividad física. Cuando esta no es posible se pueden producir ciertas deficiencias que pueden llegar a alterar el correcto desarrollo del metabolismo y estructuras corporales.

La mecánica corporal nos ayuda al estudio de la coordinación de las diversas estructuras corporales que nos permiten la realización de movimientos.

Cuando permanecemos un largo periodo en reposo, la vuelta a la completa capacidad de la máxima actividad depende de las secuelas producidas en este periodo y el proceso de rehabilitación. Por eso este proceso debe de ser selectivo y depender de la evolución del enfermo, de su fuerza y su actitud.

6 Bibliografía

- Movilizaciones y transferencias.www.emfundazoia.org
- INMOVILIDAD- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. segg.es. https: //www.segg.es
- Auxiliar de Enfermería. Evangelina Pérez de la Plaza. Ana María Fernández Espinosa. McGraw-Hill Interamericana de España, S.L:

Capítulo 113

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL GABINETE DE PRUEBAS NEUROFISIOLÓGICAS. POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS

MARÍA DEL CARMEN MARTÍN ORTIZ

MARIA DOLORES RUIZ CALZADO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar el protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería con pacientes que van a ser sometidos a la prueba diagnóstica de potenciales evocados auditivos.
Pero, ¿qué son los potenciales evocados?
Los potenciales evocados (PV) son pruebas médicas (no invasivas) diagnósticas consistente en la emisión de una gran cantidad de estímulos sensitivos (visuales, auditivos o táctiles eléctricos) y el correspondiente registro de las respuestas cerebrales que se producen en el paciente.
Pero, ¿por qué hemos puesto en nuestro título potenciales evocados auditivos (PVA)?
La respuesta es bien sencilla, porque en función del tipo de estímulo que se emita existen tres tipos de potenciales:
- Potenciales evocaciones visuales (PEV).

- Potenciales evocados somatosensoriales (PESS):
- Potenciales evocados auditivos o PE auditivos del tallo cerebral (PEATC).

Entonces, ¿qué son los potenciales evocados auditivos del tallo cerebral?
Son pruebas diagnósticas realizadas en el gabinete de pruebas especiales de la unidad de neurofisiología consistentes en la emisión de estímulos sonoros para estudiar la respuesta neuro-eléctrica del sistema auditivo del paciente.
Los resultados obtenidos permiten:
- Obtener datos objetivos sobre la audición del paciente.
- Obtener la intensidad de la perdida de la audición.
- Localizar la ubicación de la lesión que produce a perdida de audición.

2 Objetivos

- Desarrollar el protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para llevar a cabo los PEATC.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo el desarrollo de este capítulo hemos tenido que realizar un largo y extenso trabajo de revisiones bibliográficas para lo cual hemos utilizado:

- Bases de datos: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
- Libros de texto.

Y como palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, qué es un potencial evocado, tipos de potenciales evocados, potenciales evocados auditivos del tallo cerebral, preparación del paciente, tiempo aproximado de duración de la prueba PEATC y protocolo de actuación de los TCAES para la realización de PEATC.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, qué es un potencial evocado, tipos de potenciales evocados, potenciales evocados auditivos del tallo cerebral, preparación del paciente, tiempo aproximado de duración de la prueba PEATC y protocolo de actuación de los TCAES para la realización de PEATC,10 años de antigüedad.

4 Resultados

Preparación previa del paciente que va a ser sometido a PEATC:
- El paciente tiene que dormir muy poco la noche previa a la prueba.
- El paciente no debe consumir ningún tipo de bebida que contenga cafeína el día anterior a la realización PEATC.
- El paciente debe venir recién duchado y no utilizar ningún tipo de producto después de esta, es decir, no debe ponerse ni cremas corporales ni lacas.

Duración aproximada de la prueba: De 1 a 2 horas.

Protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para la realización de los PEATC:

La primera actividad que debe realizar el TCAE es preparar todo el material que se pueda necesitar para poder llevar a cabo los PEATC: guantes no estériles, electrodos, circuito de electrodos, gel inductor, auriculares, generador de estímulos y amplificador de estos, almohada y funda de esta, sabanas para camilla, etc. Durante la preparación se debe tener especial cuidado en que ningún producto de los preparados esté caducado y que el aparataje funcione correctamente y tenga batería.

A continuación:
- Lavado higiénico de manos.
- Ponerse guantes.
- Llamar a paciente (Programa Sitas).
- Presentarse al paciente con nombre y categoría profesional.
- Comprobar concordancia entre paciente llamado y el paciente que tenemos dentro.
- Comprobar que el paciente y/ o representante legal (en caso de menores o personas con las facultades mentales disminuidas) ya tiene el consentimiento informado firmado.
- Preparar la camilla que va a utilizarse con el paciente con almohada enfundada y sábanas.
- Pedir colaboración paciente durante la prueba.
- Acomodar al paciente en la camilla.
- Colocar los electrodos (junto al DUE).
- Realización de la prueba.

Una vez finalizada la prueba:
- Retirar de los electrodos.
- Retirar el gel conductor del paciente (Al que hay que recordar que cuando llegue al domicilio debe ducharse).

- Despedir al paciente.
- Recoger el material empleado, desechando lo no reutilizable, quitar sábanas y funda de almohada, desinfectar el aparataje y camilla.
- Quitarse guantes y desecharlos.
- Lavado higiénico de manos.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) en el ámbito sanitario requieren del conocimiento no solo de los que son en sí sus funciones, sino del conocimiento de pruebas (como PEATC), de aparataje y materiales necesarios para la realización de los PEATC, saber poner los electrodos en el lugar pertinente, conocer cuál es la preparación previa del paciente para poder ser sometido a los PEATC, etc. Del conocimiento de estos, de su saber hacer, de saber trabajar como miembro de un grupo multiprofesional, de su atención humanizadora, etc., dependerá el grado de calidad asistencial que se le dará al paciente.

6 Bibliografía

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.
Wikipedia. https://languages.oup.com/google-dictionary-es
https://revistas-portalesmedicos.com
https://apuntesauxiliarenfermeria.com
Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill Education
Manuales de enfermería. Servicio Andaluz de salud. https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-potenciales-evocados-auditivos-S1696281808748844
https://vithas.es/prueba-diagnostica/potenciales-evocados-auditivos-peats/
https://www.hospitalreyjuancarlos.es/es/cartera-servicios/servicios-medicos/neurofisiologia-clinica/tecnicas/potenciales-evocados

Capítulo 114

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CLAUDIA VALVERDE CEGISMUNDO

EVA MARIA LEAL MARTIN

MARIA VICTORIA DELGADO CASADO

MARTA MORENO DELGADO

FRANCISCA VICENTE URBANO

1 Introducción

UCI o también denominado unidad de cuidados intensivos, es un servicio multidisciplinar en el que el trabajo que realizamos y la coordinación con los demás profesionales sanitarios es importante para poder ofrecer una atención intensiva y de manera continuada a los pacientes que su estado de salud es perjudicial para su recuperación.
Como en todos los servicios de un hospital las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) son muy amplias y variadas en este caso, en UCI nos encargaremos de preparar el preingreso del box y nos encargamos de nuestros pacientes hasta que hayan sido dados de alta, realizamos los cuidados básicos de enfermería, administraremos los medicamentos orales y rectales,

prepararemos zona de aislamiento si es necesario para ese paciente, siempre ayudaremos y trabajaremos en equipo con el equipo médico y de enfermería, realizaremos las ABVD, como lo son el aseo diario, la hidratación, la realización de la cama, proporcionamos, recogemos y desinfectaremos el material y por último, pero no menos importante, al revés lo catalogaría como una de las funciones más importantes a realizar será ofrecerles una atención y apoyo psicológico a nuestros pacientes y sus familias, ya que van a pasar por una etapa mala en su vida, llenas de miedo, incertidumbre, estados de ansiedad, nervios, negatividad etc., por ello tenemos que conseguir que tanto los pacientes como la familia vea a los TCAE como alguien cercano y familiar contando con nuestro apoyo en estos momentos difíciles.

2 Objetivos

Saber como proporcionar el mejor cuidado a nuestros pacientes en UCI desde que son ingresados al BOX hasta que son dados de alta, ofrecer nuestro apoyo emocional a nuestros pacientes y familias, realizar los cuidados básicos de enfermería como lo son las ABVD, mantener una piel limpia e hidratada a nuestros pacientes con un buen aseo diario para conseguir que no haya úlceras por presión (UPP), ya que pasan mucho tiempo en cama.

3 Metodología

La información sacada para realizar esta investigación sanitaria ha sido sacada de diferentes revistas médicas encontradas en diferentes fuentes de Google, libros de teoría y la última, pero no menos importante mi propia experiencia personal en UCI no estuve mucho tiempo, pero me ha ayudado para realizar este trabajo, esta investigación también me ha ayudado para aprender muchas más cosas sobre cuidados intensivos para en un futuro desempeñarlo en mi trabajo.

4 Resultados

Como bien he mencionado antes, el TCAE tiene varias funciones en UCI, las cuales son muy importantes para el paciente, y los demás profesionales sanitarios, ya que el estado de salud de nuestro paciente es crítico y es una amenaza para su vida por distintas razones, puede ser por enfermedad que es crónica o por accidente.

El auxiliar de enfermería es el que se encarga desde que el paciente es ingresado en box hasta que es dado de alta.
A continuación nombraré muchas de las funciones que el TCAE tiene dentro de la unidad de cuidados intensivos.
1. Debemos revisar y comprobar que la identificación de nuestros pacientes son correctas para que no haya confusiones y errores.
2. Realizaremos aseo diario y la realización de la cama de los pacientes, nos ayudarán otro compañero TCAE o algún celador.
3. Debemos controlar mucho los cambios posturales y realizarlos obligatoriamente cada dos horas, fijándonos muy bien en si el paciente tiene o pudiese tener alguna UPP.
4. Haremos los cambios de pañal si lo tienen, o le ofrecemos la cuña a no ser que esté sondado que en este caso, cambiaremos la bolsa de diuresis.
5. Almacén ordenado.
6. Control de la lencería para tener todo lo necesario en todo momento.
7. Control de la nutrición, conoceremos todos los diferentes dispositivos de nutrición asistida y seremos los encargados de repartir la comida en bandejas y después de recogerlas y llevar el carro a cocina.
8. Tomaremos constantes vitales y apuntamos todo en historial médico.
9. Limpiamos, desinfectamos y esterilizamos todos los materiales que hayan sido usados.
10. Limpiaremos los carros de curas, reponiendo el material que se precise y que siempre esté listo para diferentes turnos o posibles urgencias.
11. Administramos medicación pero solo vía oral o rectal.
12. Nos aseguramos de que las medidas de aislamiento estén correctas.
13. Trabajar en equipo y de manera coordinada con los diferentes profesionales sanitarios, también apoyaremos a las familias a decirles en que box se encuentra su familiar, los horarios de visitas, etc.
14. Siempre que un familiar sea dado de alta de un box o sea subido a planta, inmediatamente debemos limpiar y desinfectar ese box para posibles ingresos.
Son muchas las funciones que debemos realizar, pero también hay alguna de las que bajo ningún concepto se deben hacer y estas serán; no podemos administrar medicación por vía parenteral, no realizaremos ningún tipo de pruebas y no podemos poner inyecciones ni aunque algún superior nos lo pida.
Debemos seguir al pie de la letra todos los protocolos que tenemos como TCAE.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el TCAE adquiere un papel muy importante en la unidad de cuidados intensivos, terminamos siendo imprescindibles tanto para los demás profesionales sanitarios como para los pacientes y sus familias, debemos trabajar y aprender a trabajar en equipo y de manera muy coordinada cuanto mejor nos coordinemos entre profesionales mejor será el cuidado a nuestros pacientes para su mejoría.
No es nada fácil trabajar en UCI, ya que vamos a presenciar casos extremos, siempre vamos a ofrecer nuestro apoyo emocional a los pacientes y sus familias en estos momentos tan duros por los que están pasando y somos su gran apoyo.

6 Bibliografía

- https://revistamedica.com/funciones-cometido-tcae-cuidados-intensivos-uci/#::text=Las%20funciones%20de%20los%20TCAE%20en%20este%20servicio,y%20apoyo%20psicol%C3%B3gico%20al%20paciente%20y%20su%20familia.
- https://revistamedica.com/tareas-basicas-tecnico-auxiliar-unidad-cuidados-intensivos/
- Libros de teoría.

Capítulo 115

INTERVENCION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CASO DE INTOXICACIÓN ETÍLICA

MARÍA BELEN BUITRAGO ZAMORA

ANA ISABEL VILLA CLEMENTE

1 Introducción

Son muchos los pacientes que acuden a urgencias en ambulancia o acompañados por familiares o amigos por una intoxicación etílica. Generalmente, son frecuentes estas intoxicaciones en adolescentes entre 15-19 años. En esta etapa los adolescentes tienden a probar cosas nuevas, alcohol, tabaco, sustancias tóxicas, etc.

La intoxicación por alcohol es un trastorno temporal causado por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas. La intoxicación grave por alcohol también se conoce como intoxicación etílica, envenenamiento por alcohol o congestión alcohólica. Es decir, el cuerpo esta es incapaz de sintetizar el alcohol, con lo cual se produce la intoxicación.

Se puede conocer que el etanol (alcohol), si el paciente no ha comido en los 60-90 min, empieza a hacer su efecto, la mayoría de esta bebida suele absorberse en el intestino grueso y cuando llega al colon las cantidades de alcohol suelen ser ya mínimas.

Los síntomas de una intoxicación etílica pueden ser, confusión. Visión borrosa, obnubilado, desmayo, balbucear palabras, sudoración y como no en intoxicación grave incluso el coma si no es tratado rápidamente.
La prueba que detecta cuantos grados o cuanto ha ingerido es una extracción sanguínea del paciente en el que el facultativo pautara. En ocasiones, ante la confusión del paciente también se realiza recogida y análisis de orina por si el consumo también ha sido de tóxicos.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de intervención puede realizar el TCAE en pacientes que acuden a un servicio de urgencias con una intoxicación etílica.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.
Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos o específicos debe de realizar enfermería a estos pacientes.
Palabras clave: Cuidados, Intoxicación, alcohol, adolescencia.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir artículos en los que nos indicaban que tipo de cuidados o intervención puede realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante una intoxicación etílica en un servicio especial de urgencias.
- En el momento de llegada del paciente a urgencias, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) observará con quién ha llegado para poder realizar unas preguntas sobre que ha sucedido. En caso de que acuda con una ambulancia, será más difícil la valoración.
- El TCAE acostara con ayuda del celador al paciente, pero se le colocara de forma que en caso de vómito no pueda producirse una broncoaspiración, ya que este paciente en ese momento no tiene ningún reflejo. También se realizará una toma de constantes vitales, electrocardiograma y el facultativo vendrá a realizar una valoración del paciente.

- El TCAE debe conocer que no se podrá administrar ni bebidas ni alimentos al paciente durante la estancia en urgencias.
- También es conveniente colocar al paciente en una camilla en la que no suponga un riesgo de caídas o traumatismos.
- En caso de que la intoxicación conlleve al coma etílico, aquí los cuidados serán a nivel avanzado, oxigenoterapia, monitorización, administración por parte de enfermería de vitaminas que contrarresten ese alcohol. Aquí el TCAE ayudará a enfermería ante las técnicas de sondaje vesical, canalización de la vía. Preparará todo el material necesario y ayudará a enfermería para que todo se realice rápidamente y puedan realizar el tratamiento de este paciente inmediatamente. Este caso incluso será derivado a un servicio especial de unidad de cuidados críticos, aunque antes realizaran mediante la escala de Glasgow, para poder ser trasladado a este servicio tendrá en la escala de Glasgow < de 8 puntos.

5 Discusión-Conclusión

Son muchas las técnicas, cuidados e intervenciones que hay que realizar en el momento que llega un paciente con una intoxicación etílica. En caso de que sea leve será más llevadera, simplemente acomodar el paciente y valoración cada cierto tiempo de estado neurológico.
El TCAE en caso de intoxicación etílica grave como el coma, apoyara y ayudara en todas las técnicas que tenga que realizar la enfermería, con ello realizaran rápidamente la canalización de la vía periférica para el tratamiento, sondaje vesical, etc.
Son muchos pacientes los que acuden a urgencias con una intoxicación etílica, como se ha podido observar, esto conlleva un gasto y saturación en el servicio de urgencias.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. WHO | Global information system on alcohol and health [Internet]. España; 2019.
- Fernandez AC, Waller R, Walton MA, Bonar EE, Ignacio RV, Chermack ST, et al.
- Alcohol use severity and age moderate the effects of brief interventions in an emergency department randomized controlled trial. Drug Alcohol Depend [Internet] 2019 ; 194:386-394.

Capítulo 116

ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A UN POLITRAUMATIZADO EN ACCIDENTE

GABRIEL DELGADO GARCIA DE LA REINA

MARIA DOLORES IZQUIERDO MORENO ARRONES

ANA ISABEL VIVAR MESTRE

MARÍA LOURDES CANDELAS URIEL

ROSARIO NARANJO MARTÍN-ALBO

1 Introducción

Aunque la mayoría de la población no es consciente que una hemorragia externa puede ser la causa de la muerte, pero es así.
Se conoce que la mayoría de los accidentes en la actualidad de tráfico son por pacientes jóvenes, debido a la impulsividad, coches de gran velocidad, etc. Pero el tener un politrauma no solo es por accidentes de vehículos, también por caídas de gran altura, etc.
Se conoce como politrauma a un paciente el que es aquel que presenta lesiones causadas por fuerza externa en la que al menos una de ellas supone, de manera

inminente o potencial, riesgo vital. Es una actuación que el personal sanitario debe conocer como riesgo vital, urgencia.
En este momento, la mayoría de las muertes por politraumatismo son en zonas extrahospitalarias, donde hasta la llegada de servicios profesionales de urgencias, las personas que acuden al accidente no tienen medios para ayudar al politrauma.
La causa más frecuente de muerte ante un accidente y un paciente con politraumatismo suele ser una hemorragia interna masiva, con la consiguiente hipovolemia. Si no se actúa rápidamente, el paciente muere.
Se puede decir que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es uno de los profesionales que se encuentran en el equipo multidisciplinar para ayudar al paciente politraumatizado.

2 Objetivos

- Describir que tipo de actuación o intervención básica puede realizar el TCAE ante el paciente que ha sufrido un politrauma en un accidente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos de SCIELO, PUDMEB etc. Se han encontrado artículos que nos ayudan a conocer qué cuidados puede realizar el TCAE en un paciente politraumatizado.
Palabras clave: cuidados, politrauma, hemorragia, hipovolemia, etc.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido encontrar artículos los cuales nos indican que tipo de actuación, manejo y cuidados puede realizar el TCAE ante la situación de un paciente politraumatizado.
- Como bien se conoce, la situación de los cuidados o actuación es muy diferente si el paciente se encuentra en situación extrahospitalaria, que en traslado al hospital.
- En la primera situación, el TCAE ayudará a valorar rápidamente la situación del paciente con un reconocimiento de la sintomatología, mediante la medición de los signos vitales, tensión, temperatura, saturación. También podrá realizar una valoración precoz sobre si existe algún tipo de hemorragia externa. En este momento, el resto del equipo multidisciplinar enfermería canaliza vía periférica

para reponer la hipovolemia que puede sufrir, o en casos graves la intubación del paciente para ser trasladado inmediatamente al hospital.
- En el caso de llegada del paciente a un centro hospitalario, el TCAE será el encargado de recibir al paciente, el cual acudirá con un colchón de vacío, pues no se conoce si existe algún tipo de fracturas. En el momento que después pueda ser valorado por el facultativo y se conozca que tipo de estado presenta, se podrá movilizar o no.
- El TCAE en caso de que el paciente este consciente, realizara algunas preguntas para poder registrar si estaba solo en el accidente, si algún familiar está al tanto de su accidente, etc.
- En caso de que el paciente este inconsciente en el momento de llegar al hospital, rápidamente se prepara para ser trasladado a Unidad de cuidados intensivos, con lo cual el TCAE ayudara en preparar todo el material para realizar las técnicas necesarias para evitar perdida de tiempo del traslado.
- El TCAE será formado y conocerá todo lo relacionado con el politraumatismo y por ello podrá ayudar en todo que rodea a los cuidados de este.

5 Discusión-Conclusión

Es un tema actual, pues en cualquier momento el TCAE tanto dentro como fuera del hospital podrá ser testigo de un accidente y tener que ayudar al politraumatizado.
El paciente politrauma es como se ha podido ver un paciente que va a necesitar muchos cuidados en las primeras horas tras el accidente para evitar hemorragias masivas, o algún tipo de fractura que provoque la muerte del paciente.
El TCAE podrá valorar rápidamente al paciente mediante los signos vitales, y también observará si presenta algún tipo de sangrado externo. Ayudará al resto del equipo multidisciplinar en los cuidados necesarios y precoces para el traslado inmediato del paciente a unidad de cuidados críticos.

6 Bibliografía

- B. Ali, M. Fortún, T. Belzunegui, R. Teijeira, D. Reyero, A. Cabodevilla. Influencia de los tiempos de respuesta prehospitalarios en la supervivencia de los pacientes politraumatizados en Navarra. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2015;38(2):269-78.
- C. Ramírez, M. Díaz, J.A. Ceballos. Manejo inicial del shock. Medicine internet]. 2015;11(90):5404-7.

Capítulo 117

ACTUACION E INTERVENCION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTE DE AUTISMO

GABRIEL DELGADO GARCIA DE LA REINA

MARIA DOLORES IZQUIERDO MORENO ARRONES

ANA ISABEL VIVAR MESTRE

MARÍA LOURDES CANDELAS URIEL

ROSARIO NARANJO MARTÍN-ALBO

1 Introducción

En el desempeño de las funciones laborales, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) puede tener pacientes de todo tipo de patologías, a nivel físico, psicológico, adultos, niños, etc. Pero también existe la posibilidad de trabajar con autismo.

El autismo, también conocido como trastorno de aspecto autista o TEA, puede conocerse que es una afección relacionada con el desarrollo del cerebro. Es decir, como percibe y se relaciona el autista con el resto de las personas, por ello se encuentra un déficit en la integración de estos con el resto de la población.

Dentro de este trastorno podemos encontrar los siguientes tipos, por ejemplo el citado autismo, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y una forma no especificada de trastorno generalizado del desarrollo en general.
El trastorno de aspecto autista suele debutar en los primeros años de vida del niño. Durante esta etapa se está produciendo la maduración y desarrollo del cerebro.
No existe una cura para este tipo de patología, pero sí con un tratamiento tras la identificación precoz del autismo del paciente, con lo que puede llegar a marcar la diferencia con otros niños. Es decir, una pronta detección de la patología de autismo puede ayudar al paciente con un tratamiento adecuado.

2 Objetivos

- Conocer que tipo de cuidados o actuaciones puede llegar a realizar el TCAE con un paciente que presenta un Trastorno espectro autismo.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos de SCIELO, PUDMEB etc. Se han encontrado artículos que nos ayudan a conocer qué tipo de cuidados o manejo puede tener el TCAE en el autismo
Palabras clave: autismo, cuidados, tratamiento, formación.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido identificar qué tipo de cuidados podrá llegar a ofrecer y que actividades realizará con el paciente con trastorno espectro autismo.
- En un primer momento que el TCAE conocerá al paciente, a los apoyos que tiene o le rodean, es muy importante este último aspecto, ya que el trabajo va a ser duro y se necesitará toda la ayuda posible.
- El paciente presentara una serie de síntomas o signos con los que podrá trabajar el TCAE, este paciente presentara interés por objetos o temas concretos. Este paciente a lo largo de los años termina con especialización de este tema. El TCAE ayudará a buscar información sobre el tema que le interese, sin prohibir, pues se va a sentir incómodo y no confiará más en el profesional sanitario.
- Otro síntoma o aspecto que podrá ayudar con las actuaciones necesarias, el TCAE es el tema más importante, las relaciones, las dificultades de conversación

verbal y no verbal. Aquí es muy difícil la participación con el paciente, ya que este se siente inferior por no poder seguir el ritmo de una conversación, con sus iguales. Suelen evitar el contacto visual con lo que tampoco están atentos a lo que sucede alrededor ni cerca de él.

- El objetivo principal es trabajar el TCAE junto con sus familiares, padres, etc. el poder relacionarse de alguna forma, siempre que puedan ser respetados en su intimidad, sus estereotipos y en ocasiones en querer mantener rutinas repetitivas.
- La familia sufre el impacto de conocer que su hijo, nieto, tiene un trastorno de espectro autista, pues no conocen la sintomatología en un momento de que se lo indican. Pero también observan lo difícil que puede resultar el comportamiento y mantenimiento a nivel social en el colegio o actividades extraescolares.

5 Discusión-Conclusión

Son muchos los niños que padecen el trastorno de aspecto autista, con lo cual no es una patología que no se conoce ni diferente.

Suele debutar en niños en los que durante los primeros años de edad se descubre que algo no va bien, con lo cual los padres acudirán a un centro sanitario y tras las valoraciones precisas se conocerá que el niño padece el autismo.

Es un trastorno el cual es muy difícil el modificar sus obsesiones, sus rutinas persistentes y sus estereotipos. Pero tras el cuidado y actuación continuo se puede conseguir integrar a estos pacientes en algunos sitios en los que son aceptados.

6 Bibliografía

- Autismo España – TEA, Trastorno del espectro autista [Internet]. Autismo España. Confederación Autismo España; 2022.
- AmayaRAM. DSM V- Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5ta edición. 2021.

Capítulo 118

ACTUACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ANSIEDAD DEL INGRESO HOSPITALARIO DE UN NIÑO

GABRIEL DELGADO GARCIA DE LA REINA

MARIA DOLORES IZQUIERDO MORENO ARRONES

ANA ISABEL VIVAR MESTRE

MARÍA LOURDES CANDELAS URIEL

ROSARIO NARANJO MARTÍN-ALBO

1 Introducción

Existen un montón de actuaciones en caso de que un niño tenga que ingresar en una unidad de hospitalización de pediatría.
El niño dependiendo de la edad que disponga es un menor, con lo cual va a poder estar acompañado durante las 24 horas del día de un adulto, padres, abuelos, etc. Es muy importante que durante el ingreso el personal sanitario comprenda que es una situación difícil en adultos, con lo cual en un niño puede ser peor, aunque en ocasiones vemos niños que nos indican que son fuertes, valientes.

La ansiedad es una afección mental que nos puede producir incluso parálisis para reaccionar a algunas situaciones, dependiendo de la situación, o respuesta que se pueda dar tendrá unos síntomas u otros. En el caso de los niños que sufren de una patología e incluso tienen que ingresar en un hospital tienen miedo, les invade la ansiedad de que puedan estar solos.
Podemos definir la ansiedad infantil como que un fenómeno psicológico y fisiológico en el que el niño entra en un estado de alerta de manera sostenida, experimentando síntomas basados en la rumiación (pensamiento obsesivo y que sigue un "bucle") y la hiperactivación del sistema nervioso autónomo que afectan negativamente a una o varias áreas de la vida del niño o niña.

2 Objetivos

- Conocer qué actuación puede realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante la aparición de la ansiedad de un niño al tener que ser ingresado en una unidad de hospitalización.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos de SCIELO, PUDMEB etc. Se han encontrado artículos que nos ayudan a conocer qué cuidados puede realizar el TCAE a la ansiedad de un niño al ser hospitalizado.
Palabras clave: cuidados, ansiedad, hospital, miedo.

4 Resultados

- Son muchos los artículos que se han encontrado notificando e informando que tipo de ansiedad puede padecer un niño durante un ingreso hospitalario y como podrá ayudar el TCAE en esta situación a este.
- Dependiendo de la edad del niño, en el ingreso va a aparecer síntomas como llantos sin cesar, dolores de abdomen y cabeza, trastornos del sueño y como no el miedo a separarse de sus padres.
- El TCAE durante el ingreso de un niño deberá saber reaccionar y ayudar a este niño para evitar que aparezcan algunos síntomas de los citados anteriormente.
- El TCAE no solo ayudara a este niño, sino también apoyara y escuchara a los padres para que también puedan ayudar a su hijo y aparentar que están tranquilos, que todo va a ir bien.

- El TCAE podrá ayudar al niño durante el ingreso hospitalario con conversaciones con él claras, concisas, que él pueda comprender y que no le generen dudas. No obligar a normas que puedan cambiar, pues le generaran más miedo, angustia, ven que todo no es estable.
- El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería realizara rutinas en el día a día del ingreso del niño e incluso aportara actividades que realiza en su domicilio, para que pueda sentirse cómodo y no tenga miedo.
- Puede darle afecto, pero sin involucrarse con el niño, para ello puede jugar con él, y en algunos casos el TCAE salvo pauta médica podrá desplazarse con el niño a la sala de juegos con otros niños para que siga en contacto con gente de su edad.
- No es adecuado sobrecargar al niño con información, simplemente se hablará de lo que necesite y con palabras claras que él pueda entender.

5 Discusión-Conclusión

El ingreso hospitalario ya es un reto en un paciente adulto, el cual, salvo limitaciones de nivel cognitivo, entiende a la percepción de que es una etapa diferente, con lo cual el ingreso de un niño puede generar ansiedad, miedo, estrés
El trato con el niño del TCAE debe ser correcto, realizando siempre las técnicas de una forma no cambiantes, hablándole claro, con lenguaje que entienda. Puede darle afecto, pero sin involucrarse, puede jugar con él, ofrecerle apoyo tanto al niño como a la familia.
El TCAE debe comprender que es una situación difícil para el niño y para la familia, con lo cual van a aparecer síntomas de trastornos del sueño, llantos, etc.

6 Bibliografía

- Riordan DM, Singhal D. Anxiety-related disorders: An overview. J Paediatr Child Health. 2018; 54: 1104-9.
- Ochando Perales G, Peris Cancio SP. Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. Pediatr Integral. 2017; XXI: 39-46.

Capítulo 119

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA SALA DE PARTOS

CIELO TOVAR SARRIA

1 Introducción

El nacimiento por parto natural puede repartirse en cuatro etapas por las que pasa la mujer embarazada y son:
- Borramiento del cuello uterino.
- Dilatación del cuello uterino.
- Nacimiento del bebé.
- Alumbramiento que trata de la expulsión de la placenta.

Puede darse en algunos partos, que la madre del bebé tenga dificultades para dilatar, entonces el personal de enfermería le suministra por vía intravenosa un medicamento llamado oxitocina que le ayuda para que dilate mejor y en caso de que sufra dolor debido a las contracciones uterinas, también le administrarán medicamentos como la epidural que consiste en el adormecimiento de cintura para abajo para que sienta lo menos posible el dolor del parto y de las contracciones uterinas.

En algunos casos, el orificio vaginal al dilatarse no es suficiente para la salida del recién nacido por lo que en ciertos casos cuando el personal sanitario considere necesario deben de realizar una incisión que va desde el orificio vaginal hasta el orificio anal para facilitar la salida al bebé. Para este proceso deben de utilizarse una serie de materiales sanitarios como bisturís, campos estériles, tijeras…. y en caso de que el bebé le cueste salir también puede ayudarse a la madre mediante fórceps.

2 Objetivos

Dar a conocer cuáles son las funciones del técnico de enfermería en la sala de partos.

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

Puede haber diferentes tipos de partos dependiendo de la mujer y hablaremos de ellos brevemente a continuación:

- Parto a través de la vagina: el recién nacido nace a través del orificio vaginal pasando por el útero. Dependiendo de la mujer o de sus complicaciones durante el parto, en algunos casos que considere el médico debe de hacerse una incisión en el orificio vaginal hasta el orificio anal para favorecer la salida del bebé. Una vez que ha nacido el bebé se debe de cortar el cordón umbilical.
- Vaginal mediante el uso de instrumentos: el personal sanitario usa algunos instrumentos como fórceps cuando la madre presenta complicaciones durante el parto y necesita ser asistido.
- Por cesárea: el médico realiza una incisión en la parte baja de la barriga por donde se extrae al bebé en la bolsa.
- Respetado: la madre puede elegir donde quiere dar a luz, si es en casa o en el hospital.

El parto normalmente empieza entre las 33 y 47 semanas. Dependiendo del organismo de cada mujer, unas se ponen de parto antes que otras. Las contracciones empiezan siendo de poca intensidad y son cada mucho tiempo, pero según va aumentando el proceso de dilatación van siendo más intensas y repetitivas así hasta llegar a los 10 cm de dilatación.

Algunas de las funciones del técnico de enfermería en la sala de partos son:

- Aseo a la madre y al recién nacido.
- Toma de las constantes vitales a la madre y al bebé.
- Pruebas de controles al recién nacido.

- Cambio de la ropa de cama de la madre y de la cuna del bebé.
- Apoyo a la madre y al recién nacido.
- Control de líquidos y diuresis.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este trabajo o capítulo de libro se debe de tener en cuenta que el parto es un proceso natural por el que pasan todas las mujeres una vez que finaliza su embarazo.
El parto es un momento muy importante en la vida de la madre y el padre del recién nacido que acaba de nacer porque supone un cambio en sus vidas con nuevas responsabilidades y cargos de los que deben de ocuparse para completar el bienestar de su hijo ejerciendo de madre y padre del bebé.
Los padres deben de encargarse de cubrir cada una de las necesidades del recién nacido.

6 Bibliografía

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

Capítulo 120

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS POST MORTEM

MARÍA CARVAJAL ROCHA

BARBARA GARCÍA PALOMARES

MARÍA DEL PILAR ROCHA GARCIA

MANUELA PALOMARES GARCÍA

ELISA SERRANO GARIJO

1 Introducción

Cuando nos enfrentamos a la pérdida de un ser querido, manifestamos una serie de emociones a través ”del duelo”. Son cinco etapas, en las que manifestamos protesta o negación, miedo o cólera, después pasaríamos por una fase de anhelo, ir a tristeza, desesperación y desolación, y por último, por la aceptación, como es la última fase en la que se reorganiza la situación y se trata de reconstruir el futuro, llevando una vida nueva no vinculada al fallecido.

Dependiendo de la situación, la cultura y el estado general de las personas podemos llevar un duelo u otro, ya que existen varios tipos, tampoco podemos definir el tiempo exacto por el que una persona pasa por cada etapa.
En las situaciones en las que se diagnostica una enfermedad incurable podemos pasar por un duelo anticipado.

Existen los duelos sin resolver y el crónico, en estos dos tipos, el duelo no remite con el paso del tiempo y la duración puede ser de años.
También puede suceder que la persona niegue los hechos, evitando la realidad de lo que ha pasado. Estaríamos en un duelo ausente. Al paso del tiempo, pueden manifestar el duelo, esto suele pasar en personas que controlan mucho sus emociones, en este caso sería el duelo retardado.
Cuando la relaciones desproporcionada, podemos hablar de un duelo distorsionado, estos duelos se suelen dar cuando se ha sufrido un duelo previamente.
Es importante que tengamos presente todas estas fases a la hora de tratar a los familiares, ya que es posible que tengamos un paciente en cuidados paliativos, en la que sus familiares estén pasando por algún tipo de duelo.
Si estamos prevenidos, tendremos las herramientas adecuadas para empatizar con la familia, en el proceso de muerte de su ser querido.

2 Objetivos

En el desarrollo de este capítulo profundizaremos en los cuidados post mortem, repasando los tipos de duelo que puedan sufrir los familiares, los signos cadavéricos visibles en el cuerpo, los cuidados que deben realizarse al cadáver siguiendo los protocolos establecidos de actuación.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo hemos visitado varias páginas con publicaciones sanitarias y científicas, desde Google Académico, en la base de datos PubMed.

Además, nos hemos basado en nuestra propia experiencia laboral, en distintas residencias de la tercera edad o de cuidados especiales, así como en centros hospitalarios.

4 Resultados

El certificado de defunción lo emite el médico, después de haber reconocido el cadáver. Se registran en la hoja de evolución del paciente: La hora, la fecha y causas de la muerte.
Después el médico se encargará de comunicar la noticia a la familia.

Identificaremos los signos visibles de la muerte en el cuerpo, se produce una parada cardiorrespiratoria y el electroencefalograma es plano, las pupilas de los ojos se dilatan y no encontramos respuesta ante el estímulo de luz, el tono de piel se vuelve pálido, y aparece las livideces cadavéricas, (que son manchas cutáneas de color violeta formadas por el cúmulo de sangre los puntos de apoyo).

A las dos horas del fallecimiento nos encontraremos con el rigor mortis, es un estado de rigidez e inflexibilidad de las extremidades que va en aumento, a las doce horas de empezar encuentra su punto más alto.
Para condicionar el cadáver seguiremos el protocolo establecido:

Debemos mantener un ambiente de intimidad y respeto, en lo posible, una situación traumática a los compañeros de habitación del difunto.
Si la familia ha solicitado un representante de religioso, le avisaremos.
Recogeremos todas las pertenencias personales y se las entregaremos a la familia, si es que no estuvieron presentes en el momento del óbito. Si en este momento la familia no estuviera, se las entregaremos al inspector.
Retiraremos la ropa y todos aquellos dispositivos que pudiera aportar el cadáver, como sondas, vías, etcétera.
Lavaremos el cadáver, y le colocaremos las prótesis que tuviera, como por ejemplo las prótesis dentales, además cubriremos las lesiones que presente con apósitos.
Debemos asegurarnos que el paciente está correctamente identificado con su pulsera, en el caso de que no la tuviera, deberemos colocársela.
Avisaremos a la familia para la despedida, dando su intimidad.
Por último, registraremos el fallecimiento del en las observaciones de la enfermería, recogeremos la habitación y avisaremos a los velatorios para su traslado.

En cuanto a la familia, si está presente, podemos ofrecerle algún tipo de infusión.

5 Discusión-Conclusión

Una vez que se produce la muerte, debemos recoger una serie de signos visibles en el cuerpo, primeramente desaparece el pulso y no se percibe en latidos, nos encontraríamos ante una parada cardiorrespiratoria.
Las pupilas dejan de reaccionar ante los estímulos de luz y se dilatan, el tono de piel palidece y aparecen las livideces cadavéricas.

Debemos llamar al médico para que certifique la muerte, emitiendo el certificado

de defunción en el que se registra la hora, fecha y las causas de la muerte.

En el condicionamiento del cadáver, lo lleva a cabo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la habitación, seguirá al protocolo de actuación establecido.
Cuidando que los compañeros de habitación no tengan una experiencia de traumática y tratando de guardar la intimidad y el respeto del difunto.

En cuanto a la familia, debemos tener presentes los tipos de duelo y con ellos las reacciones que puede tener cada persona en un momento como este. Les ofreceremos alguna infusión y trataremos de empatizar con la situación.

6 Bibliografía

Enlaces visitados: http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/6564
https://mail.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5496
https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/1577759
https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim141a.pdf
Experiencia laboral propia de los autores relacionada con los cuidados auxiliares de enfermería:
- Residencia de la tercera edad, José Penadés Sáez, Vallada, Valencia.
- Residencia de ancianos, San José de la Diputación de Ciudad Real.
- Centro de especialidades de Illescas, rehabilitación.
- Residencia Guadiana, asistidos. Ciudad Real.
- Hospital Rey Juan Carlo I, Móstoles.

Capítulo 121

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA MALARIA UNA ENFERMEDAD IMPORTADA

CRISTINA PRADILLO RODRIGO

JESÚS RUIZ GONZÁLEZ

SONIA DÁVILA ANDRINO

NEKANE HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

ANA MORENO GÓMEZ

1 Introducción

La malaria o paludismo es una enfermedad trasmitida por una mosquita que recibe el nombre de vector, ya que es el medio de trasmisión de la enfermedad.
El nombre de Malaria proviene de Italia en 1847 fue dado por Torti que pensaba que la dolencia era un mal aire, de ahí el nombre. La enfermedad se creía que proviene de aguas estancadas o terrenos pantanosos.
El parásito que produce el paludismo fue descubierto en Argelia por el médico francés Charles Louis Alphose Laverán en 1880. En un primer momento creyó que era un alga, pero luego se dio cuenta que era un parásito hematozoario.
Con el paso de los años, se descubrió el género del plasmodium falciparum en el trópico, la ovale en África Oriental y la forma vivax aunque es el insecto mosquito

anopheles el vector del paludismo. La enfermedad de la malaria se ha convertido en un problema a nivel mundial. Cada año se ven afectada entre 300 y 500 millones de personas en más países de África, Asia y América Latina.
En muchas ocasiones se debe a las bajas condiciones higiénicas de dichas zonas y en otras ocasiones a la propia climatológica de la zona que favorece el crecimiento del vector, es decir, de la mosquita. La globalización ha provocado que la enfermedad traspase fronteras y salga de las zonas endémicas. Por otro lado, cada vez se va generando una resistencia medicamentosa mientras que se busca una salida a prevenir la enfermedad. El índice de comorbilidad de la enfermedad es muy elevado.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Profundizar en el conocimiento de la enfermedad de la malaria como un vector.

Objetivos secundarios:
- Analizar zonas de mayor incidencia de la enfermedad.
- Conocer la cadena epidemiológica del paludismo.
- Estudiar los diferentes tipos de plasmodium que existen.

3 Metodología

Para la elaboración y descripción del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda metódica de libros y también se han examinado artículos en las principales bases de datos de la nube, recopilando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas recientemente y páginas web. Se excluyeron artículos publicados antes del año 2010.
En dicha revisión, se incluyeron artículos que contenían en el título al menos una de las palabras clave: Paludismo, malaria y enfermedades vector.

4 Resultados

Esta enfermedad es la que más muertes produce en el mundo junto con la tuberculosis, alrededor de 2.5 millones de muertes por año, convirtiéndose en la enfermedad más cara del mundo. Presenta 4 variantes que se distribuyen entre el África subsahariana y Asia. En España, había sido erradicada, pero debido a la inmigración han comenzado a aparecer de nuevo.

El plasmodium vive en el interior de los hematíes y pasa al hombre a través del mosquito. Existen cuatro tipos que afectan al ser humano:
- Plasmodium Vivax.
- Plasmodium Malarie.
- Plasmodium falcíparum.
- Plasmodium Ovale.

El agente que trasmite la enfermedad es el mosquito anopheles por lo que si estos desapareciesen desaparecería la enfermedad. Estos mosquitos como todos los demás pican al atardecer y viven en aguas tranquilas. Es una enfermedad de zonas sin urbanizar y poco desarrolladas afectando a la población más desfavorecida como niños, personas desnutridas o inmudeprimidos. En la persona enferma el principal reservorio es el hígado por ello en la gran mayoría de los casos se produce hepatomegalia.

El ciclo reproductor comienza cuando una mosquita pica al ser humano infectado del protozoo llevando el mismo a un portador sano. De ahí el nombre de vector. Dentro del portador sano se producen esporozoitos que se mueven a través de la sangre en forma asexuada hasta que aparecen las formas sexuadas llamadas gametocitos.

Esta enfermedad no tiende a la curación, sino a perpetuarse y a aumentar su capacidad de trasmisión. La enfermedad se trasmite por medio de la picadura de la mosquita anopheles en las zonas endémicas, los turistas pueden transportar la enfermedad al provenir de dichas zonas, en los alrededores de los aeropuertos, por transfusiones de sangre de una persona infectada o por jeringuillas infectadas al compartirlas.

La enfermedad cursa con fiebres altas teniendo un periodo de incubación de tres a treinta días. Unido a este signo presenta síntomas como frío, calor y sudores junto a las cefaleas y dolores articulares. En muchas ocasiones provoca graves alteraciones en el aparato digestivo con vómitos o diarreas.

Cuando se cronifica aparece astenia, palidez y hepatoesplenomegalia. El paludismo no cura por sí misma, sino que termina en anemia, leucopenia y trombopenia. Como se ha comentado anteriormente la enfermedad tiende a la cronificación llevando en algunos casos a la muerte como es el caso de las infecciones producidas por el plasmodium falciparum. La forma de erradicar la enfermedad es con los llamados medicamentos antipalúdicos.

El tratamiento suele ser ambulatorio. Algunos de los medicamentos son quinina, atebrina, sulfamidas, plasmoquina entre otros, aunque en muchas ocasiones se genera tolerancia por lo que se deben aumentar las dosis o cambiar los tratamientos.

Para conseguir erradicar la enfermedad se deben tratar a los enfermos, profilaxis de los sanos, eliminar al mosquito, utilizar insecticidas y mejorar la alimentación de los desnutridos y menores. Respecto a los viajes turísticos, se recomienda el uso de la profilaxis unos siete días antes de viajar, durante el viaje y a su vuelta y protegerse durante las horas de mayor actividad del mosquito.

5 Discusión-Conclusión

La malaria no tiene cura por lo que debe ser controlada. Lo primordial es controlar al mosquito con la utilización de insecticidas diezmando la población.
Por otra parte, se necesita un diagnóstico rápido y un tratamiento adecuado del paciente y facilitar la quimioprofilaxis a los grupos de riesgo. Como se ha comentado las picaduras se evitan cubriéndose de exponerse al sol durante las horas del atardecer que es cuando más pica el mosquito, usar ropa blanca o clara rociándola de insecticida.
Por otro lado, se utilizan trampillas y redecillas impregnadas en insecticida para matar los mosquitos, se aconseja la utilización de redes en las camas. Con ello se reduce la incidencia de la malaria. Aún no se ha descubierto una vacuna para la enfermedad pese a los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud para lograrlo.
Se ha encontrado una vacuna que sería eficaz contra esta enfermedad vector, pero debe asociarse a otro tipo de medicamentos. Se debe incidir en la prevención de tal manera que se llegan a fortalecer los sistemas sanitarios al no invertir en la curación y rehabilitación de los pacientes que padecen el paludismo, ya que la prevención es básica.

6 Bibliografía

1. https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologiaclinica28-articulo-diagnostico-tratamiento-malaria-importada-espanaS0213005X14000196.
2. https://es.gsk.com/es-es/innovacion-responsable/salud-a-tu-alcance/luchandocontra-la-malaria-en-el-laboratorio-y-sobre-el-terreno/.
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000500003.

Capítulo 122

EL ALZHEIMER Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMO APOYO A LA FAMILIA CUIDADORA

CRISTINA PRADILLO RODRIGO

JESÚS RUIZ GONZÁLEZ

SONIA DÁVILA ANDRINO

NEKANE HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

ANA MORENO GÓMEZ

1 Introducción

Se parte desde una perspectiva general para estudiar e investigar a todas aquellas familias o entornos sociales que tienen en común el cuidado de una persona con demencia en este caso Alzheimer. Se quiere descubrir cómo convive una familia, las relaciones afectivas que les unen, los cuidados que realizan, cómo se afronta la enfermedad, la sobrecarga del cuidador principal, etc.
Con la idea de encontrar cuáles son las mejores estrategias para cuidar a las personas con este tipo de demencia. Aunque parece que esta idea es un reto. Siguiendo los consejos la A.F.A.(Asociación de Familiares de Alzheimer) del año 1994, se considera el sistema familiar en su conjunto ha desarrollado la enfermedad por

lo que se aconseja que todo el conjunto incluido el que padece la enfermedad se informe sobre todos los aspectos de la misma para poder afrontarla de la mejor manera posible. Si bien es cierto que cada paciente evoluciona de manera diferente y la forma de afrontarlo la familia también lo es.
Pero lo que es real que el tener en casa uno de estos pacientes conlleva un cambio de vida para cada uno de los miembros de la misma por lo que se debe buscar la manera más adecuada para ello. Para llegar a entender todo esto, el capítulo se centra en el afrontamiento y la sobrecarga del cuidador principal que es aquella persona de su entorno que puede ser o no ser familiar que asume el cuidado de esta persona el mayor tiempo de horas del día sin que tenga expresamente formación para ello. Esta enfermedad no solo afecta a la persona, sino que repercute de manera muy profunda en la familia.
Son los cuidadores principales los que mayoritariamente se hacen cargo de estas personas las 24 horas del día como hemos dicho anteriormente, Dichos cuidadores son considerados elementos sanitarios de gran importancia por la atención y cuidados que prestan en todas las facetas de la enfermedad a estas personas, pero a su vez esto conlleva repercusiones en su persona a nivel biopsicosocial tal y como comenta la Organización Mundial de la Salud.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Mostrar la sobrecarga física y psicológica que soporta el cuidador principal.

Objetivos secundarios:
- Evidenciar el gasto económico y físico que supone este tipo de pacientes.
- Generar alternativas y pautas para sobrellevar dicha situación.
- Mostrar rasgos de la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración y desarrollo del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en cualquier tipo de soporte ya sea papel o digital.
Se ha realizado una búsqueda sistemática y profunda 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, así como de estudios cualitativos y cuantitativos. Palabras clave: Alzheimer, cuidadores, familia, sobrecarga.

4 Resultados

Antes de comenzar a profundizar en el estudio del cuidador de esta enfermedad, se van a dar unas pautas de la misma para poder llegar a comprender la situación del cuidador. El Alzheimer es una enfermedad del cerebro que rompe las células nerviosas del mismo y este no vuelve a funcionar como anteriormente. Las neuronas son células de difícil o casi imposible regeneración. De ahí que esta enfermedad sea una demencia progresiva, degenerativa e irreversible.

Las personas que la padecen no son capaces de manejar los mensajes del exterior ni del interior. Las dificultades comienzan con problemas en la memoria a corto plazo, pero a la larga tendrán dificultades para las actividades de la vida diaria llegando a desarrollar enfermedades físicas y no solo problemas neurológicos, ya que es el cerebro el que se ve afectado y este es el ordenador de nuestro cuerpo. Dentro de las demencias, esta enfermedad es la más común de entre ellas que conlleva la pérdida de memoria, comprensión y de juicio.

Se sabe de ella que no forma parte del envejecimiento normal, afecta a ambos sexos por igual, no es contagiosa y se da a partir de los 65 años como rasgos generales. Se busca la etiología de la enfermedad en la familia y su entorno, aunque aún no se ha encontrado causas claras sobre su origen. Se necesita seguir investigando en el tema. Los primeros indicios de la enfermedad, se observan en comportamientos, ya que se olvidan cosas, las palabras no se dicen bien.

Poco a poco irá olvidando, recordando etc. pero seguirá teniendo emociones, escucha, siente, aunque no recuerde a las personas incluso a sus familiares más cercanos. Se va pasando de pequeños a grandes pasos en el olvido y la pérdida de la memoria.

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, en diversos estudios, muestra que suele ser una de las hijas de la persona con Alzheimer la que asume el cuidado de estas personas, aunque desde principios del XXI han ido surgiendo instituciones que acogen a estas personas para descargar a los familiares siendo aún necesaria las inversiones por parte de los gobiernos para poder cubrir las necesidades de estos cuidadores.

En general los cuidados presentan una serie de características que pasan a enumerarse a continuación: Asume el cuidado y la responsabilidad del paciente. La familia declina en él toda responsabilidad del cuidado. No existe una remuneración económica por ello. Como norma general, el cuidador principal en ese nuevo rol que asume ve invadida su vida personal –privada por los cuidados que requiere su familiar y va adquiriendo una carga cada vez mayor paulatinamente. En muchas ocasiones, se tiene en cuenta que es cuidador debe descansar, estar tranquilo,

tener equilibrio emocional.
Se debe valorar su estado emocional y psicológico mucho más que el estado físico porque se ha demostrado que el alzhéimer va minando el estado emocional de sus cuidadores. Si bien es cierto que en determinadas ocasiones el cuidador asume el rol de sufrimiento del cuidado y no deja que otras personas le liberen de su carga generando así una ambivalencia de su situación personal.
El cuidador va perdiendo su independencia en función del aumento de las necesidades de su familiar enfermo olvidando o no tiendo tiempo para descansar, aficiones, ocio… en una palabra para desarrollarse personalmente dejando su vida atrás en pro de su persona enferma.
Esto se debe al vínculo que crece y se fortalece en la simbiosis cuidador–paciente. Se ha observado que esta persona desarrolla problemas psicológicos que en muchas ocasiones necesita apoyo de profesionales para poder romper ese vínculo y recuperar su vida personal lejos de esa simbiosis que se ha creado.
En lo que se refiere a la sobrecarga existe múltiples maneras de entender el concepto por ello debemos centrarnos en la escala que Zarit que mide dicha sobrecarga en función de sus investigaciones Lo ideal sería que dentro del núcleo familiar existiese una comunicación abierta que permitiese el reparto de tareas del cuidado del familiar enfermo, pero esta situación no se da por norma general en los hogares.
Dentro de los estudios de Zarit se ve que se centra en las conductas de estos cuidadores a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad de su familiar. En otros estudios se puede ver que existe una sobrecarga objetiva en la que se valora los cuidados físicos y una sobrecarga subjetiva en base a su situación emocional y psicológica de renuncia a su vida, aunque no sea consciente. Siendo esta última la causa de un mayor deterioro del cuidador.
El hecho de cuidar a una persona con alzhéimer es satisfactorio porque se van solucionando problemas, pero a la larga conlleva una sobrecarga. No se trata de cuidar solo de lo físico se debe mantener las habilidades psicológicas y neurológicas que se conservan el mayor tiempo posible debiendo realizar actividades para conservarlas. Dentro de esto, se debe tener presente siempre la dignidad de la persona que se cuida en todos los aspectos de sus creencias, relaciones sexuales, etc. no teniendo como se dice anteriormente solo en cuenta lo físico.
La comunicación es una habilidad que se va perdiendo y que el cuidador debe promover para conservarla. Este es uno de los grandes retos para poder mantener sus relaciones sociales y de entorno. Se debe ser consciente que la persona con esta enfermedad adquiere otros medios de comunicarse en muchas ocasiones con hechos o acciones. Poco a poco la persona necesita del cuidador ayuda para las

actividades de la vida diaria.
Este apoyo crece progresivamente según avanza la enfermedad. Se debe promover la autonomía en todo momento el mayor tiempo posible. Por ello es muy eficaz buscar y realizar cambios para que la casa sea segura y se adapte poco a poco a las nuevas necesidades del paciente. La rutina y los recordatorios de una persona con alzhéimer son básicos para mantener sus habilidades conservadas el mayor tiempo posible. El cuidador va a ir generando esas rutinas en base a la realidad y evolución del paciente.
El cuidador principal en muchas ocasiones va a desarrollar desorientación nocturna ante ese despertar del paciente en la noche y dependencia afectiva del enfermo, ya que pasa muchas horas con él. Nadie es capaz de aliviar esto, sino se tienen herramientas para ello. El aislamiento social y del entorno es una realidad del cuidador que va paralela a la evolución de la enfermedad, ya que el paciente rompe con su círculo y el cuidador hace lo mismo ante el deseo y la satisfacción de seguir cuidando.
En muchas ocasiones, el nivel de estudios favorece el aislamiento porque no se tienen las mismas capacidades o herramientas para mantener el entorno. Por ello, a mayor nivel de estudios se mantiene mejor las relaciones sociales y el entorno cercano. El cuidador es la persona más importante para el enfermo, ya que depende de él para poder vivir.
Esto puede llegar a ser muy duro y conlleva tiempo y energía. Por ello se aconseja que el cuidador se tome su tiempo, desconecte y disfrute de su vida personal para poder tener esa fuerza y esa energía para cuidar. El cuidador va a experimentar tensión irritabilidad, tristeza, llanto sin razón, tensión muscular, etc. debido al estrés que conlleva el cuidado y a la falta de desconexión. Cuando esto se presenta u otros factores se debe tomar conciencia y poner una solución.
Se debe reconocer que el familiar no va a mejorar y que el cuidador tiene límites para enfrentar el deterioro paulatino. Por ello se deben ir aceptando los sentimientos, aunque en muchas ocasiones sean frustrantes por la realidad que se vive.
Se deben compartir los sentimientos, aunque sean negativos, ya que la frustración por el deterior y la degeneración del paciente es una realidad muy dura.
Para ello, se busca realizar actividades positivas que hagan disfrutar y se vea lo positivo. Una alimentación sana es fundamental para poder sobrellevar la carga, ya que el esfuerzo físico y psíquico consumen a la persona. Cada uno debe dedicarse tiempo alejarse del enfermo para coger fuerza. El hecho de trabajar, estar con buen humor facilita la labor del cuidador por ello se aconseja cuidar con humor.
En determinadas ocasiones el paciente es consciente de su situación sobre todo

en las primeras fases por ello es aconsejable explicarle la enfermedad para cuidar con comodidad y poder ayudar. El cuidador debe saber pedir ayuda y aceptar que no es un superhéroe que cuida 24 horas. El pedir ayuda no es un síntoma de fracaso.
Existen instituciones preparadas que llevan a estos pacientes a terapia durante gran parte del día que permite que el cuidador pueda disfrutar de un tiempo para sí. Dentro de esta idea de los recursos, el nivel socioeconómico marca una premisa, ya que el cuidador con menos recursos se sobrecarga al no poder contratar a un profesional para cuidar de su paciente o poder contratar unas horas en un centro. Los grupos de apoyo en muchas ocasiones son fundamentales para hacer frente a esto, ya que facilitan compartir sentimientos y realidades que se viven en el día a día del cuidado.
No se debe avergonzar por ello. Ante el futuro, nunca se debe pensar más allá del disfrutar del día a día con el familiar, ya que el planificar puede llevar a aumentar la frustración. Los cuidados se planean a corto plazo.

5 Discusión-Conclusión

El presente capitulo muestra como la sobrecarga que tienen los cuidadores principales es de gran envergadura y conlleva a una renuncia de su propia vida. Las características de esta persona suelen ser que forma parte de la familia siendo su miembro más cercano y en muchas ocasiones es mujer. Los cuidados que realiza esta persona no tienen límites y conlleva una dependencia por parte de ambos muy difícil de romper.
Esta persona va a vivir lo ingrato de la enfermedad y el deterioro de su familiar hasta su fallecimiento. Los enfermos se mantienen en sus hogares de referencia con el cuidado de estas personas que rara reciben el relevo. Ello se debe en muchas ocasiones, a que se consideran imprescindibles, al rol adquirido y a la renuncia implícita de su vida en muchas ocasiones. La institucionalización de estos enfermos se suele realizar en las últimas fases de la enfermedad y en base a una situación socioeconómica.
El estrés que se acumula en el cuidado en muchas ocasiones no permite ver con objetividad. Se debe proteger a los cuidadores en edad madura, ya que suelen ser los más vulnerables para destruir su entorno y la vida que llevaban antes de aparecer la enfermedad.
Desde su entorno más cercano y desde las instituciones sanitarias se deben ver esta simbiosis paciente-cuidador como una unidad para poder dar alternativas y herramientas para que el familiar pueda cuidar de su propia vida. El cuidado de la

parcela psicológica es primordial para cuidar adecuadamente en esta enfermedad degenerativa e irreversible por ello el cuidador debe buscar medios y aprender a pedir ayuda para no aislarse en mundo de Alzheimer.

6 Bibliografía

1. La Enfermedad de Alzheimer: Manual del cuidador. "Sociedad de Alzheimer Canadá". 2005 Anales de psicología-.
2. "La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer" vol. 14 nº 2 1998 ISSN: 0212 –9728. Universidad de Murcia.
3. Abengózar, M.C. "La mujer como soporte psicológico de la familia con un demente senil: desarrollo intergeneracional- Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia. 1995. Pág. 3-5 .
4. A.F.A. (Asociación de Familiares de Alzheimer) (1994). En casa tenemos un enfermo de Alzheimer. Bilbao Rali.
5. Revista Española de Geriatría y Gerontología "La asistencia de los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer" Volume 36, Issue 6, 2001, Pág. 325-330.

Capítulo 123

EL NUEVO SISTEMA SANITARIO VISTO POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DESPUÉS DEL COVID - 19

CRISTINA PRADILLO RODRIGO

JESÚS RUIZ GONZÁLEZ

SONIA DÁVILA ANDRINO

NEKANE HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

ANA MORENO GÓMEZ

1 Introducción

El 31 de diciembre de 2019 en China se comunica a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, en la provincia de Hubei. Se confirma que es un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2 o Covid-19, con síntomas principalmente respiratorios que van desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico.

Los coronavirus son una familia de virus que causan infección en los seres humanos y animales encuadrándose dentro de las enfermedades calificadas como

zoonóticas, lo que significa que pueden transmitirse de los animales a los humanos.
El SARS-CoV y MERS-CoV, ambos patógenos surgen desde un reservorio animal, son responsables de infecciones respiratorias graves epidémicas con gran repercusión internacional por su morbilidad y mortalidad.
El actual coronavirus SARS-CoV-2 es el séptimo conocido que provoca infecciones en los seres humanos. La expansión vertiginosa de la pandemia Covid-19 y el elevado número de casos que han requerido ingreso en los hospitales ya sea en las plantas o en las unidades de críticos han obligado a redistribuir los recursos para atender de forma emergente a los pacientes infectados, tal y como comentaba el Dr. Utrilla, director médico del Hospital Universitario Ramón y Cajal el 13 de marzo del 2020 en el periódico El País.
Esto ha llevado a una reducción y reestructuración significativa de la actividad en todos los niveles de asistencia., que en algunos casos ha llegado al extremo de demorar todos los procedimientos electivos realizando únicamente aquellos urgentes. La vuelta a la normalidad en los centros sanitarios compaginado con la nueva realidad del Covid trata de priorizar la seguridad para los pacientes y los profesionales en las distintas etapas del proceso asistencial ya sea en circuitos Covid o no Covid, creando dos circuitos totalmente aislados uno de otro tanto para pacientes, familiares como personal sanitario.
En todo momento se debe anticipar la posibilidad de episodios de rebrote de la infección por SARS-CoV-2 por un tiempo aún por determinar para poder adecuar el sistema sanitario.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Proporcionar unas recomendaciones para la vuelta escalonada y segura para el paciente de la actividad de procedimientos en cada rebote y después de cada ola.

Objetivos secundarios:
- Establecer unas recomendaciones generales para la organización de los circuitos de actividad mientras se retoma cierta normalidad.
- Establecer criterios de actuación en el equipo multidisciplinar según la evolución epidemiológica de la pandemia.

3 Metodología

Para la elaboración y descripción del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda metódica de libros y también se han examinado artículos en las principales bases de datos de la nube, recopilando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas recientemente y páginas web.
Se excluyeron artículos publicados antes del año 2010. En dicha revisión, se incluyeron artículos que contenían en el título al menos dos de las palabras clave: Covid, sanidad, circuitos Covid y pandemia.

4 Resultados

Para pacientes limpios, sospechosos, urgentes y SARS-COV-2 positivos, se crearán unidades físicas con circuitos independientes dentro de quirófano o áreas de intervención en grandes hospitales.
Esto implica crear un circuito cerrado que comienza con el ingreso del paciente a la instalación y termina con su alta. Ante la imposibilidad técnica, se optará por horarios separados para los procedimientos de limpieza y atención adecuados en hospitales comarcales o de menor tamaño.
Para disminuir el riesgo de propagación del virus entre los pacientes y el personal, se deben establecer áreas específicas de hospitalización. Los pacientes con Covid-19 tienen una demanda que determina el tamaño de las áreas. Los circuitos estarán panelizados en la medida de lo posible. En el caso de consultas externas o pruebas ambulatorias, los pacientes sospechosos y positivos se programarán en el último minuto si esto no es posible.
Al usar aerosoles, los quirófanos deben cumplir con los estándares establecidos para la filtración, ventilación y renovación del aire. Ante esto, es importante limpiar siempre las superficies que entran en contacto con los pacientes.
El objetivo es proteger a los pacientes y trabajadores de la salud del riesgo de infección por SARS CoV-2 y garantizar que los demás pacientes sean tratados por sus patologías individuales y no por las provocadas por la pandemia y sus efectos. Por ello, los centros hospitalarios deben contar con el personal médico necesario para mantener la continuidad y la calidad de la atención y evitar que los pacientes cambien de circuito.
Para evitar el enjambre de baños y todo lo que ello conlleva, empiezan a proliferar las formaciones y reuniones virtuales. Siempre se deben seguir las precauciones de higiene y distancia sugeridas por el Ministerio de Salud.

Salud. Se deben establecer los canales adecuados para informar a la población sobre los signos y síntomas de la enfermedad y las precauciones a tomar en caso de contagio si se quiere que el sistema de salud aísle y controle la pandemia. Los síntomas de la nueva pandemia XXI pueden variar de muy leves a severos. Dentro de una semana de los primeros signos de enfermedad, se desarrolla neumonía en pacientes asintomáticos, con pocos síntomas o con dificultad respiratoria grave. Algunos síntomas pueden estar presentes en algunas personas, mientras que ninguno puede estarlo. El riesgo de enfermarse gravemente aumenta con la edad y es mayor en personas mayores y con enfermedades crónicas. Todos los centros de salud deben disponer de carteles informativos sobre el lavado de manos y dispensadores de gel hidroalcohólico o desinfectantes virucidas como el hipoclorito de sodio a la entrada y salida porque una buena higiene de manos ayuda a prevenir y controlar enfermedades.

Evite usar joyas, relojes o pulseras que interfieran con una buena higiene. La higiene respiratoria de estos pacientes incluye el uso obligatorio de mascarillas entre pacientes, personal y visitantes que deberían reducir la transmisión del SARS-CoV-2. Es importante recordar taparse la boca al toser, desechar los pañuelos en las áreas designadas, utilizar los de pedal cubos con tapas y evitar tocarse la nariz, los ojos y la boca. Los carteles a la entrada y salida del centro lo dejarán claro.

Siempre que sea posible, habrá un mínimo de 2 metros entre personas; en caso contrario, se utilizará el equipo de protección personal. Este equipo requiere la supervisión directa constante de otro proveedor de atención médica mientras se lo pone y se lo quita. Además de las precauciones de gotitas, las precauciones de contacto se agregan a las precauciones estándar para contener y tratar la pandemia.

En función de los síntomas que presente, se colocará al paciente en el circuito adecuado, ya sea circuito Covid o no Covid, donde se instalarán las barreras físicas necesarias y el aislamiento designado.

Se escogerá la habitación individual con baño y ventilación natural, debiendo cerrarse siempre a ser posible con presión negativa.

Se prohíben las visitas físicas a este tipo de pacientes, pero se habilitarán otras vías de comunicación, como videollamadas, con los ingresados para que puedan estar en contacto con sus familiares.

Tan pronto como ciertos familiares o visitantes y pacientes den positivo para IGG, se restringirán las visitas. Todo esto se basa en el consejo de expertos. Los residuos de vajilla y ropa de cama se gestionarán de acuerdo con las recomendaciones habituales, pero se introducirán en doble bolsa. Debido a la rápida propagación

del virus, los desechos deben cumplir con pautas muy específicas que exigen estándares de higiene extremadamente altos y una mayor eliminación de desechos. Se considera que los residuos de clase III requieren una limpieza y desinfección más frecuentes. Uno se refiere a toallas desechables que han sido tratadas con un desinfectante, principalmente hipoclorito de sodio. Para reiterar, la higiene de manos es crucial.
Se deben dejar claros los protocolos de traslado y movilización de pacientes positivos a través de los distintos departamentos de los centros de salud para que puedan ser movilizados sin poner en peligro al resto de pacientes y personal médico. Cuando se requiere el traslado de un paciente, se debe establecer un protocolo.

5 Discusión-Conclusión

La pandemia del SXXI del Covid-19 ha demostrado la necesidad de optimizar y reestructurar los recursos y medios del sistema sanitario promoviéndose el uso de las plataformas de telemedicina como ayuda innovadora en el tratamiento de las diferentes patologías y no solo del Covid-19.
A nivel planetario, se ha creado una reestructuración de los diferentes sistemas sanitarios de los países para hacer frente a esta nueva pandemia del Covid-19.
Se han venido desarrollando en este último año del Covid diferentes estrategias para el manejo y la optimización de los recursos y centros sanitarios creándose circuitos diferenciados para tratar los pacientes de Covid y los no Covid. Estos circuitos con todas sus necesidades humanas y materiales cubiertas que permitan la protección del resto de los pacientes, visitas y profesionales.
Es esencial fortalecer este aspecto desde un fortalecimiento de la educación sanitaria de toda la población haciendo hincapié en el paciente positivo para evitar en la medida que sea posible la rápida propagación de la enfermedad.
Es importante valorar que esta enfermedad ha venido para quedarse y que tendrá sus picos y rebotes, pero se debe ser consciente de esta nueva estructura sanitaria para poder ser capaces de respetar y de estructurar un nuevo sistema sanitario mientas la enfermedad se convierte en algo estacionario como en su día ha pasado con otras pandemias.

6 Bibliografía

1. Revista HAD Hospital a domicilio “Reestructuración del funcionamiento de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Germans

Trias i Pujol para el manejo de pacientes Covid y no Covid ingresados durante la pandemia del Covid-19 en España" Vol. 5 nº1/2021.
2. https://elpais.com/sociedad/2021-03-13/la-hazana-del-hospital-mutante.html.
3. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica "La organización de la asistencia hospitalaria: Revisión de circuitos hospitalarios y con centros extrahospitalarios". Octubre 2020.
4.https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf.
5. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-controlrecommendations.html.
6. https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/docu mentos/Covid19_Procedimientos_intervencionistas.pdf

Capítulo 124

MOVILIZACIONES AL PACIENTE ENCAMADO

MIRIAN CALERO MORENO

MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE

MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS

NICOLETA TALPA

MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ

1 Introducción

La movilización del paciente encamado es el conjunto de técnicas para colocarles y moverles correctamente sobre una misma superficie, La mayoría de las personas que se encuentran en centros hospitalarios, bien de manera puntual o internadas en los mismos, suelen presentar disminución de capacidades de movilidad. Estos pacientes necesitan ayuda del personal sanitario para poder moverse hasta una camilla, cama o silla de ruedas, también las personas mayores y los usuarios de residencias geriátricas necesitan profesionales TCAE que les ayuden en su día a día en movilizaciones y traslados en el centro.
La movilización y la realización de cambios postulares, son de vital importancia para el paciente encamado ya que estamos previniendo la aparición de úlceras por presión y demás patologías. El papel del TCAE es clave para la realización y el control de los cambios postulares ya que con estos favorecemos su recuperación en medida de lo posible, y aportaremos un bienestar físico y psíquico.

El profesional TCAE, es el encargado, junto a responsables sanitarios y celadores si se precisase ayuda, de desarrollar las distintas maniobras de movilización e inmovilización del paciente encamado. Para poder mover al paciente encamado debemos tener en cuenta si puede colaborar o no, debido a su estado de salud para poder así hacer las movilizaciones seguras, sin riesgos ni para el paciente ni para el sanitario.

2 Objetivos

El objetivo principal es comentar brevemente las técnicas generales que existen, para ayudar al paciente encamado a que su estancia en el hospital o centro sanitario sea lo más cómoda posible.
El objetivo de los profesionales será evitarles contracturas y dolores musculares, prevenir la aparición de ulceras de presión, mejorar la respiración y circulación, reducir el dolor.

3 Metodología

Para la búsqueda se ha utilizado el buscador de Google poniendo palabras clave como: movilización, paciente encamado y TCAE entorno hospitalario. Y donde se ha visitado distintas paginas web como, medlineplus, revistas medicas y blog ,realizando así una síntesis de toda la información.

4 Resultados

Para realizar las movilizaciones a los pacientes encamados debemos conocer si el paciente puede colaborar o no. Si el paciente colabora puede atenderlo una sola persona, estando en cama el paciente nos puede ayudar agarrando con su mano el cabecero de la cama, apoyando pies y flexionando rodillas así conseguiremos subirlo hacia arriba. Si por el contrario no colabora necesitaremos a dos personas, podrán ser un TCAE y un celador, una a cada lado de la cama y ayudándonos de una sabana entremetida podremos subirlo y moverlo hacia los lados para realizar los distintos cambios posturales. Tanto el TCAE como el celador, deben estar formados y conocer las técnicas para que la movilización sea lo mas segura posible tanto para ellos como para el paciente, también se debe contar con ayudas mecánicas en el caso que se necesiten como pueden ser grúas para levantar al paciente o tabla deslizante de transferencias para cambiarlo a otra cama o

camilla.
En el centro de trabajo nos deben proporcionar el material que vayamos a necesitar, dentro de los medios que podremos usar para las movilizaciones podemos encontrar los siguientes:
-Camas articuladas y frenadas, con el mando subiremos o bajaremos la cama a la altura deseada
-Sábanas entremetidas, que faciliten los desplazamientos hacia arriba.
-Barras de apoyo, para que el paciente pueda sujetarse y colaborar, también nos podemos ayudar de barandillas en cama.
-Sitio espacioso para poder trabajar.
-Elementos de apoyo, para que se mantenga en la posición que le queremos colocar como cojines, almohadas, arcos para pies.

Antes de realizar cualquier movilización debemos informar al paciente de la practica que se le va a realizar, dentro de las movilizaciones que podemos realizar encontramos los cambios posturales, que son los siguientes:
-Decúbito lateral izquierdo, es la posición en la que el paciente se encuentra apoyado en la parte izquierda de su cuerpo.
Decúbito lateral derecho, al contrario de la otra posición, en esta el paciente se encuentra tumbado hacia el lado derecho.
Decúbito supino o dorsal, el paciente se encuentra tumbado sobre su espalda con los brazos y piernas extendidos.
Se realizaran de manera alterna siempre y cuando no haya ninguna contraindicación para el paciente y se realizaran cada 2 o 3 horas.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental en la acción de los cambios posturales y la movilización del paciente que lo requiera, ya que es el encargado del control de estas técnicas para la mejora del mismo y el cuidado de su bienestar.
Hay que conocer bien al paciente y sus patologías para evitar movilizaciones que no estén indicadas, riesgo de caídas o dolor.
Tendremos que ser muy cuidadosos teniendo un buen agarre del paciente. Utilizando siempre la fuerza de nuestros brazos y nuestras piernas para no hacernos daño en nuestro propio cuerpo, teniendo una buena higiene postural. Y siempre y cuando sea posible utilizaremos ayudas mecánicas para evitar sobre esfuerzos.

6 Bibliografía

1. revistamedica.com/movilizacion-pacientesencamados
2. auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones
3. ortopediamimas.com/blog-de-ortopedia
4. medlineplus
5. eboraformacion.es/nuestro-blog/tecnicas-movilizacion-e-inmovilizacion-del-paciente-encamado/

Capítulo 125

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL ACOSO PSICOLÓGICO LABORAL

MARÍA DEL CARMEN BELMONTE GOMEZ

ANA MARIA OSORIO GARCIA

1 Introducción

El acoso laboral, conocido también como acoso psicológico o con el término popular "Mobbing", es cuando una persona se dirige a otra de una manera y un tono hostil y sin ningún tipo y principio de moral, de manera sistemática y reiterada, provocando que uno o más sujetos entren en contacto con el sujeto afectado de una o más maneras, y así la persona afecta es arrastrada a un estado de impotencia y desamparo en este hecho maligno.

El acoso en el lugar de trabajo es muy importante para todos los profesionales afectados, ya que va a tener un impacto muy significativo en el bienestar tanto físico como psicológico del profesional.

El nivel de salud mental en los profesionales del ámbito sanitario es muy importante, por lo que se debe saber distinguir entre acoso y conflicto laboral cuando las personas involucradas no están de acuerdo o tienen una visión diferente de las diversas funciones laborales o competencias que se van a desempeñar.

Los profesionales del ámbito sanitario deben obtener una información sobre los actos que están relacionados con el acoso laboral y de los actos que no están contemplados como acoso laboral para saber cuándo deben o no actuar y hacerle frente al problema.

2 Objetivos

- Dar a conocer los diversos modos en los que se ocasiona acoso laboral.
- Citar las diferentes conductas que dan lugar al acoso laboral.

3 Metodología

Para hacer este capítulo se ha hecho una revisión bibliográfica a través de las principales bases de datos científicas, tales como: Cuiden, Scielo y Medline.
También se ha ejecutado una búsqueda por diferentes páginas Webs de Internet.
Para hacer la búsqueda tanto por las bases de datos como por Internet se han empleado las siguientes palabras claves: auxiliar de enfermería, TCAE, acoso psicológico laboral, mobbing, ámbito sanitario…

4 Resultados

El uso de acoso psicológico o intimidación, cada vez más frecuentes en los entornos y lugares de trabajo, es utilizado para amenazar a uno o más miembros de un grupo o al menos en casos excepcionales (conocidos como objetivos, víctimas o personas afectadas).
Según Leyman, el acoso laboral o mobbing se puede caracterizar como una situación en la que un sujeto o un grupo de sujetos ejerce, perpetra y utiliza de forma sistemática una violencia psicológica extrema y exponencial, en sí lo definimos como un hecho que ocurre semanalmente en el puesto de trabajo. Se percibe acoso incluso en la absoluta mayoría de los turnos y ocurre de forma continua y durante más de 6 meses sobre un tema diferente en el área de trabajo.
Existen dos formas de acosar laboralmente, estas son:

- Acoso de tipo vertical:

Este tipo de acoso es el que ocurre entre las distintas categorías profesionales, podemos hablar de acoso vertical descendente donde los superiores dirigen el acoso hacia las categorías inferiores de profesionales o acoso verticalmente hacia arriba donde los subordinados acosaran al personal de arriba.

- Acoso de tipo horizontal:

Este sucede en la propia categoría profesional, que es la misma que la de tus propios compañeros que trabajan contigo. El origen de este acoso puede ser: los celos, la envidia o la competencia. Una táctica muy común del acosador es interrumpir el trabajo de la víctima para cuestionar su profesionalismo.

Algunas conductas de acosar son:
- Hablar mal del compañero.
- Insultar al compañero.
- Hacer tareas que el compañero es capaz de realizar.
- Tomar represalias contra los compañeros.

Por último, es importante enseñar a los diferentes profesionales y categorías a llevarse bien y a no acosarse.

5 Discusión-Conclusión

El acoso psicológico en el ámbito sanitario es algo que ocurre con demasiada frecuencia en el ámbito del trabajo profesional y presenta riesgos y daños significativos, al mismo tiempo que es importante para la salud de la persona acosada. El insomnio, la pérdida de apetito es el resultado de trastornos mentales profesionales e incluso se puede apreciar la ira, la vergüenza, la impotencia, la incomprensión, la culpa, el miedo, etc.

El ausentismo en el lugar de trabajo está aumentando exponencialmente debido al acoso, y las bajas por enfermedad también están aumentando. Las personas afectadas por el acoso psicológico tardan mucho tiempo en comprender lo que les sucedió y buscar ayuda.

Es fundamental la prevención de esta situación.

6 Bibliografía

1. Revista Médica y de Enfermería Ocronos. El Acoso Laboral en el ámbito sanitario [Internet]. Encontrado en: https://revistamedica.com/acoso-laboral-ambito-sanitario-2/amp/.

2. Fuentes F. ¿Qué produce el mobbing en los y las profesionales de salud? [Internet]. Encontrado en: https://es.oceanomedicina.com/nota/actualidad-es/que-produce-el-mobbing-en-los-y-las-profesionales-de-la-salud/.

Capítulo 126

HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

MARÍA ESPERANZA GARCÍA BURRUEZO

CRISTINA RÍOS GARCÍA

MARÍA DEL CARMEN RÍOS GARCÍA

MARTA SERRANO GONZALEZ

LAURA OÑATE SÁNCHEZ

1 Introducción

La higiene es una de las necesidades básicas de toda persona, así aparece en la pirámide de Maslow. Esta necesidad debe estar cubierta a diario por el paciente hospitalario o bien por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), en el caso de que necesite ayuda.

Hay una serie de precauciones durante el desarrollo de la higiene y el aseo. El Técnico medio en cuidados auxiliares de enfermería debe conocer las siguientes normas de actuación:

• Siempre se debe explicar al paciente la técnica que se va a realizar.
• Lavarse las manos y ponerse los guantes.
• Preparar todo el material necesario para realizar la técnica.
• Proteger la intimidad del paciente con biombos o cortinas y aconsejar a los familiares que salgan de la habitación.

• En el paciente encamado, no tenerlo nunca totalmente desnudo, cubrirlo con la toalla o una sábana.
• La temperatura ambiente debe estar entre los 22º y 24º.
• La temperatura del agua debe estar entre los 37º y los 40º.
• Se tiene que realizar el aseo tantas veces como sea necesario, y al menos una vez al día.
• El orden de la higiene del paciente es: enjabonado, aclarado y secado.
• No hay que mojar la cama innecesariamente.
• Utilizar jabones con pH neutro que cuiden la piel del paciente.
• Tener especial cuidado en las vías y sistemas terapéuticos que porta el paciente durante la higiene.
• Aplicar cremas hidratantes con un ligero masaje (a excepción de si hay inicio de una úlcera por presión).
• Estimular la colaboración del paciente y mantener un ambiente de comunicación.
Teniendo en cuenta estas normas básicas de higiene, el TCAE puede proceder a realizar la técnica de aseo correspondiente.

2 Objetivos

1. Explicar el plan de cuidados de higiene del paciente encamado.
2. Exponer el procedimiento del aseo del cabello del paciente encamado.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo de libro, se ha buscado cualquier información que tenga que ver con la higiene del paciente y recopilado datos del libro de auxiliar de enfermería de Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa, séptima edición. También se han examinado diferentes páginas web buscadas de Google.

4 Resultados

El aseo y la higiene en la cama, se realiza en aquellas personas que tienen que estar encamadas en su estancia hospitalaria, sean dependientes o no. La higiene del paciente encamado es recomendable que la realicen dos personas y como norma

general, únicamente se tendrá expuesta la zona que se esté lavando, dejando el resto cubierto por una toalla.

Recursos materiales

Para el aseo: gel y esponja, esponja jabonosa, dos palanganas de agua caliente, material de aseo bucal, peine, tijeras de punta roma, colonia, cuña y crema hidratante.

Ropa de baño, para el paciente y la cama: dos toallas grandes y una pequeña, camisón o pijama, bata y zapatillas, sábana bajera, entremetida (empapador), encimera, manta, colcha y almohadón.

Bolsa de sucio y bata desechable y guantes para los TCAE.

Protocolo de actuación de TCAE para el aseo del paciente encamado.

 Preparar todo el material que se va a utilizar y aplicar las normas descritas en la introducción.

 Lavarse las manos.

 Explicar al paciente el procedimiento a realizar.

 Ponerse los guantes.

 Retirar la ropa de cama, desnudar al paciente y cubrir a este con una toalla. Solo se dejará expuesta la zona que se está lavando.

 Si el aseo lo realizan dos personas, una enjabona y aclara y la otra seca.

 El lavado se hará en el siguiente orden: o Afeitado. o Cabeza: higiene de ojos (del ángulo interno al externo), cara y orejas (especial atención en los pliegues). o Cuello y hombros. o Brazos, manos y axilas. Las uñas de las manos se cortarán con forma curva. o Tórax y mamas. o Abdomen. o Piernas y pies. o Espalda y glúteos. o Zona genital. El aseo de esta región debe hacerse hacia abajo y de delante hacia atrás.

 Una vez finalizado el lavado, se procede a aplicar loción hidratante. No se pondrá crema si hay sospechas de úlceras por presión.

 A continuación, hay que vestir al paciente.

 Se prosigue con el aseo de la boca y el pelo. Le ayudaremos si este no puede realizarlo por sí mismo.

 Cambiamos la ropa de cama y recogemos todo el material para finalizar lavándonos las manos.

En la limpieza del cabello en pacientes encamados se realiza el procedimiento en la cama y mínimo una vez a la semana.

Recursos materiales.

Champú y suavizante (si fuera necesario), palangana grande, dos toallas, jarra con agua caliente, hule, algodón, secador, peine y guantes. Si se dispone de lavacabezas podemos prescindir del hule y la palangana.

Protocolo de actuación para el TCAE para el aseo del cabello.
 Preparar todo el material que se va a utilizar, lavarse las manos y ponerse los guantes.
 Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar.
 Colocar al paciente en posición roser (apoyado sobre el hule y una toalla, el paciente tiene la cabeza sobre el borde de la cama). La otra parte del hule se coloca en la palangana que se encuentra en el suelo. Si disponemos de lavacabezas, se colocará al paciente en decúbito supino y este colocado.
 Se colocarán algodones en los oídos.
 Mojaremos el cabello y aplicaremos champú. Frotaremos toda la superficie de la cabeza con un ligero masaje.
 A continuación aclaramos y procedemos a repetir el procedimiento.
 Volvemos a aclarar y secamos con una toalla.
 Retiramos todo el equipo.
 Peinamos y secamos con el secador.
 Recogemos todo el material y nos lavamos las manos.

5 Discusión-Conclusión

La higiene del paciente es clave en el ambiente hospitalario y debe cuidarse hasta el más mínimo detalle.
La tarea de la higiene del paciente hospitalario recae en el Técnico medio en cuidados auxiliares de enfermería, muchas veces ayudado por el celador. El TCAE brinda la ayuda al paciente cuando este la necesita.
La higiene del paciente no es solo quitar la suciedad de la piel, realizar un aseo adecuado de todas las partes del cuerpo es vital para prevenir enfermedades, también para mejorar el bienestar del paciente, estimular la circulación sanguínea, eliminar células descamadas, prevenir problemas como las ulceras por presión, favorecer la relación de ayuda y comunicación con el paciente, entre otras.

6 Bibliografía

1. Precauciones y normas de actuación durante el aseo (Libro) (citado en el 2015). Disponible en el libro de auxiliar de enfermería de Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa, séptima edición, página 69.
2. Aseo de paciente encamado (Internet) (citado en el 2023) Disponible en la web https://www.elrincondelcuidador.es/higiene-cuidado-piel/técnicas-de-higiene-para-encamados/

3. Material y protocolo de la limpieza del cabello (Internet) (citado el 19/01/2020). Disponible en la web https://www.revistamedica.com/protocolo-aseo-paciente-encamado/
y (Libro) (citado en el 2015). Disponible en el libro de auxiliar de enfermería de Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa, séptima edición, página 74.

Capítulo 127

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL PERSONAL SANITARIO. RIESGOS BIOLÓGICOS

CRISTINA RÍOS GARCÍA

MARÍA DEL CARMEN RÍOS GARCÍA

MARTA SERRANO GONZALEZ

LAURA OÑATE SÁNCHEZ

MARÍA ESPERANZA GARCÍA BURRUEZO

1 Introducción

Se entiende como riesgo laboral aquellos peligros que se encuentran en el lugar o entorno de trabajo, los que le pueden ocasionar al trabajador algún tipo de daño. En el Artículo 4.1 de la Ley de Prevención de riesgos Laborales, se expone que la prevención es el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de la actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.
En todas las empresas los trabajadores y trabajadoras pueden padecer problemas de salud derivados de la realización de la actividad laboral que desempeñan. El personal sanitario, al encontrarse en un entorno con unas características específicas, se ve expuesto a una serie de riegos para la salud que están estrechamente

ligadas con esta profesión. Los riesgos para la salud de los profesionales sanitarios más significativos son:
• Los riesgos posturales.
• Los riesgos biológicos.
• Los riesgos químicos.
• Los riesgos psicológicos.
En este capítulo nos centraremos en los riesgos biológicos en el ámbito sanitario. A continuación se definirán dos conceptos básicos.
El riesgo biológico en los centros sanitarios es la posibilidad de que el trabajador o la trabajadora puedan padecer algún daño en el ámbito laboral, después de haber estado expuesto a algún agente biológico mientras realizaba las tareas de su trabajo.
Los agentes biológicos son microorganismos que son capaces de reproducirse y de trasferir su carga genética, y que pueden ser perjudiciales para las personas. Pueden ser bacterias, hongos, virus, parásitos…
Grado de peligrosidad del contaminante. Los agentes biológicos se dividen en cuatro grupos:
• Grupo 1. Poca probabilidad de causar una infección. Se tratan generalmente de manera suficiente con correcta higiene, seguridad y limpieza.
• Grupo 2. Puede provocar una enfermedad infecciosa leve y no se propaga fácilmente al resto, no supone un riesgo importante para el resto del personal sanitario. Se necesitan protocolos, equipos de protección, extracción localizada y limpieza específica.
• Grupo 3. Puede desencadenar en una enfermedad grave y si resulta arriesgado para el resto de trabajadores. En este caso, se emplean encerramientos de procesos, empleo de equipos de bioseguridad, desinfección, tiempos de limpieza establecidos y recogidas selectivas.
• Grupo 4. Causa una enfermedad muy grave en la persona y representa un gran peligro para el colectivo sanitario, ya que se trasmite con facilidad. No existe tratamiento ni profilaxis. Se debe actuar con controles y medidas extremas.

2 Objetivos

 Exponer las patologías más frecuentes en los centros sanitarios derivadas de los riesgos biológicos.
 Desarrollar estrategias de prevención de riesgos biológicos para el personal sanitario, en especial para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo, se ha realizado una búsqueda de todo tipo de información relacionada con el tema a tratar y datos en el libro de auxiliar de enfermería de Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa, séptima edición. También se han consultado artículos en las bases de datos de: Pubmed, Midline, y en Google académico, y diversas páginas web en el buscador de Google.

4 Resultados

El personal sanitario y la auxiliar en cuidados de enfermería en los centros hospitalarios en muchas ocasiones están expuestos a un entorno perjudicial, ya que al desarrollarse microorganismos patógenos pueden ser nocivos para su salud.
A continuación se citará las infecciones más frecuentes en el entorno sanitario:
• Infecciones víricas:
Los virus son microorganismos que invaden las células del cuerpo humano. Necesitan a las Células para poder multiplicarse y poder crear más copias, es como un parásito intracelular.
Las enfermedades más frecuentes en el entorno sanitario producidas por virus son: rubeola, sarampión, parotiditis, VHA, VHB (VHB+VHD), VHC, VIH, CMV, VEB, varicela, herpes, gripe, entre otras.
• Infecciones bacterianas:
Las bacterias son microorganismos que carecen de núcleo y se multiplican por división celular o por esporas.
Las enfermedades más frecuentes en los centros sanitarios producidas por bacterias son: tuberculosis, meningitis meningocócica, tos ferina, difteria, legionelosis, salmonelosis, intoxicaciones alimentarias, shigelosis, entre otras.
• Hongos:
Los hongos son microorganismos que se reproducen por esporas, viven parásitos o sobre materiales naturales en descomposición. Las enfermedades más frecuentes producidas por hongos serían: cándidas, aspergillus y otros.
• Parásitos:
Los parásitos son organismos que viven a costa de otro ser vivo y se alimentan de él para poder sobrevivir.

Las actividades y tareas que se desempeñan en los hospitales deben tener como objetivo la prevención de los riesgos biológicos para así no desencadenar ningún

tipo de problema para el personal sanitario ni para los pacientes.
En los hospitales se implementan una serie de medidas para reducir el riesgo de contagio de enfermedades infecciosas.
A continuación se citarán las precauciones universales frente a agentes biológicos: a) Vacunación.
Las vacunas recomendadas son: gripe, hepatitis A y B, varicela-zoster, sarampión, rubeola y parotiditis. Existen otras vacunas para el personal de centros sanitarios que se suministran en ocasiones especiales. Desde el año 2020 también se recomienda que el personal que desempeñe tareas en los hospitales este vacunado del covid. b) Normas de higiene personal.
Lavado de manos antes y después de cualquier procedimiento sanitario. Cubrir con apósitos, cortes y heridas. c) Elementos de protección de barrera.
Utilización por el trabajador de los EPI: mascarilla, guantes, gafas, bata y calzas. d) Cuidado con los objetos cortantes y punzantes.
Tomar las precauciones para este tipo de material, como no encapsular agujas ni objetos cortantes ni punzantes. Estos objetos (agujas, jeringas y otros instrumentos afilados) deberán depositarse en contenedores apropiados con tapa de seguridad. e) Desinfección y esterilización.
Todos los objetos o instrumentos que se utilicen en el centro sanitario deberán desinfectarse utilizando una serie de químicos que están destinados para ello. El material también deberá ser esterilizado para destruir cualquier germen, incluidas las esporas. f) Tratamiento de las muestras.
Las muestras de sangre o contaminadas deben tratarse como si fueran peligrosas. g) Eliminación de residuos.
Los residuos deben desecharse siguiendo los protocolos y las precauciones establecidas. h) Aislamiento de los pacientes.
Ciertos pacientes hospitalarios deben someterse a los diferentes tipos de aislamiento, ya que padecen patologías infectocontagiosas.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos biológicos en hospitales y en toda clase de centros que se dediquen a la salud, suponen el mayor riesgo laboral para el personal sanitario. Estos centros poseen el medio idóneo para que se propaguen enfermedades infecciosas que en algunos casos pueden ser muy graves para la salud e incluso provocar la muerte. Las TCAE y los trabajadores del hospital deben ser plenamente conscientes de las patologías que pueden llegar a sufrir si no ponen en práctica las diferentes precauciones y medidas para combatir las infecciones de microorganismos patógenos.

Es muy importante que todo el personal sanitario reciba toda la información pertinente sobre los protocolos a seguir para la prevención de los riesgos biológicos y que esté a la disposición del trabajador y trabajadora todos los EPI para protegerse de cualquier agente infeccioso.

6 Bibliografía

1. Definición de riesgos laborales (Internet) (citado el 15/04/2017). Disponible en Riesgos-laborales-en-las-empresas.pdf (researchgate.net)
2. Ley de prevención de riesgos laborales (Libro) (citado en el 2015). Disponible en el libro de auxiliar de enfermería de Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa, séptima edición, página 505.
3. Definición riesgo biológico y agente biológico. Grado de peligrosidad. (Internet) (citado el 29/06/2021). Disponible en https://www.unir.net/ingenieria/revista/riesgos-biologicos/
4. Infecciones más frecuentes (Libro) (citado en el 2015). Disponible en el libro de auxiliar de enfermería de Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa, séptima edición, página 503.
5. Precauciones universales de los agentes biológicos. (Internet) (citado el 5/11/2014). Disponible en https://www.inesem.es/revistadigital/gestion-integrada/precauciones-universales-frente-a-los-contaminantes-biologicos/
(Libro) (citado en el 2015). Disponible en el libro de auxiliar de enfermería de Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa, séptima edición, página 509 y 510.

Capítulo 128

ESTRÉS Y SALUD EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL.

MÓNICA PICATOSTE ARNALDO

LAURA CASTRILLO LHOSTE

NEKANE QUINTANA GALLARRETA

CLAUDIA GUERRA LÓPEZ

ANA BELÉN MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

Con referencia a datos proporcionados por la Asociación Americana de Psicología (APA) el estrés es una enfermedad emergente y creciente que cada año se incrementa más.

De acuerdo al Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV) la definición de estrés es la "aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremamente traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física".

Según la corriente psicológica podemos encontrar varias clasificaciones del estrés, pero nos guiaremos por la clasificación de la Asociación Americana de Psicología. Esta describe principalmente tres tipos de estrés: el estrés agudo, considerado el más frecuente, y se presenta debida a las presiones de la vida diaria o del entorno. Es un tipo de situación que puede ser beneficiosa para el individuo, ya

que nos ayuda a prevenir y combatir en caso de encontrarnos en una situación amenazante. Si este estrés agudo se hace intenso puede llegar a desencadenar varios síntomas negativos como irritabilidad, dolores de cabeza, etc. El segundo grupo, es el estrés agudo-episódico, que se diferencia del anterior por ser intenso y repetitivo, aunque no presenta los síntomas descritos anteriormente. El tercer grupo señalado en esta clasificación es el estrés crónico, este tipo de estrés engloba los síntomas de los anteriores, pero de manera prolongada, pudiendo legar a ser agotador. Además, genera cambios importantes en el organismo lo que hace vulnerable a quien lo padece y proclive a desarrollar diversas enfermedades que conllevan la muerte.

Es importante señalar que el estrés crónico esta fuertemente relacionado con la hipertensión, y esta con problemas cardiovasculares. Este tipo de padecimientos es la principal causa de defunciones anuales, lo que representa aproximadamente el 30% de las muertes registradas. Por otro lado, varios estudios indican que el estrés contribuye al desarrollo del cáncer. Un simple ejemplo nos revelar la magnitud del problema: las mujeres que presentan estrés en las actividades cotidianas tienen 3,7 veces más riesgo de desarrollar cáncer de mama. La exposición al estrés tiene efectos directos sobre la salud. Se ha documentado que el estrés causa en el individuo alteraciones de tipo endocrino y conductual, lo que podría en parte relacionar el estrés y la obesidad.
Por lo tanto, el estrés es una epidemia a nivel mundial que conlleva a múltiples enfermedades.
El estrés es un factor psicosocial tan importante que es considerado como una epidemia de la vida laboral, más aún si consideramos un informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que viene señalan un deterioro en la situación laboral, especialmente en mujeres y jóvenes por el incremento de desempleo. Se estima que el tercio de los casos de estrés son debido a situaciones laborales difíciles.
Informes internacionales indican que en Europa el estrés laboral representa hasta el tercio de la población, que los principales trastornos asociados son la depresión y la ansiedad.
Además, se reportado que el coste económico anual del estrés de tipo laboral en Europa es de aproximadamente unos 20.000 millones de dólares.

2 Objetivos

El objetivo principal de nuestro trabajo es identificar la relación entre estrés laboral y el síndrome burnout en los profesionales del hospital, y sobre todo sus consecuencias, tanto a nivel personal, como profesional y social.

3 Metodología

La metodología de nuestro trabajo se fundamenta en una búsqueda de información documental, tanto basada en artículos, como en trabajos científicos relacionados con el estrés y sus consecuencias en los profesionales de la salud. La búsqueda de la información se realizó en diferentes bases de datos, en páginas científicas como Pubmed, Medline, Cochrane, etc., y en revistas de corte científico como Science.
Nuestra búsqueda se realizó en el periodo de tiempo desde octubre 2022 hasta enero 2023, y el intervalo de tiempo aceptado de publicaciones desde 2001 hasta 2022.
Los descriptores o palabras claves para realizar nuestra búsqueda documental han sido: estrés, burnout, personal sanitario.
En una primera selección se localizaron 34 documentos, entre artículos y trabajos, de los cuales se eliminaron 6 por duplicidad. Al resto de los estudios se les aplicaron los criterios de inclusión/ exclusión.
Los criterios de inclusión fueron ser trabajos de acceso a texto completo, en lengua castellana, que aportaran datos científicos objetivos sobre el estrés en personal sanitario.
Los criterios de exclusión han sido, no acceso a texto completo, no aportar datos, no referirse a profesionales sanitarios, no ser en lengua castellana.
Al final de nuestra selección se obtuvieron 9 trabajos válidos para nuestra investigación.

4 Resultados

Entre los artículos y estudios revisados en nuestra investigación hemos identificado el estrés entre los trabajadores de la salud con un nivel moderado-alto, y parece que este nivel varía según las condiciones de trabajo y mucho más dependiendo del apoyo de los superiores y compañeros.
También se encuentran diferencias de niveles de estrés, atendiendo al departamento, unidad o servicio de referencia. Se pueden localizar áreas más estresantes

y áreas menos estresantes siguiendo una serie de características demográficas y organizativas del trabajo en las que además se tienen en cuenta la edad, la experiencia, el género, el trabajo a turnos y la carga de trabajo.

Otros condicionantes importantes en la aparición del estrés entre los profesionales de la salud son los factores personales individuales tales como la percepción personal del estrés, las variables fisiológicas emocionales y mentales, el apoyo familiar o las demandas del propio trabajo.
El alto estrés a los que se encuentran sometidos los trabajadores sanitarios repercuten negativamente sobre su salud. Así, varios artículos revisados señalan una estrecha relación entre estrés y depresión, alteraciones psicosomáticas, lesiones musculoesqueléticas, así como con el burnout.
En la literatura revisada hemos observado que condiciones de trabajo como ámbito físico, el mal diseño del puesto de trabajo, las condiciones ergonómicas precarias o la dificultad del ámbito de trabajo para generar buenas relaciones entre compañeros, etc., también factores negativos que favorecen un entorno laboral estresante.
Condiciones específicas del colectivo sanitario como tener que abordar situaciones de emergencia o epidemias, decidir sin tiempo, etc., pueden comportarse como agravantes y contribuir negativamente en la aparición del estrés.
Diferentes estudios realizados sobre los riesgos laborales a los que se encuentran sometidos, los sanitarios señalan el estrés como uno de los principales peligros inherentes a la profesión y lo relacionan con una mayor posibilidad de asociación al burnout.
Dentro de los moderadores de riesgos psicosociales que actúan en el retraso de la aparición del estrés en los trabajadores de salud, hemos encontrado en nuestra revisión aspectos como el apoyo psicosocial y las características individuales como principales intervinientes. Mantener buenas relaciones personales y profesionales entre compañeros, grupos de amistad y apoyo, podrían contribuir a la prevención de situaciones como burnout y a prevenir la aparición de diferentes patologías o síntomas derivadas de las situaciones de estrés.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los estudios revisados encuentran un nivel alto de estrés en el personal sanitario y este nivel es mayor cuando el trabajo se desempeña en áreas donde la responsabilidad de decisión, la primacía del tiempo, la alta carga de trabajo, fatiga o situaciones de emergencia, etc., se incrementan de forma consid-

erable.
Los ambientes de trabajo sanitario estresantes acaban provocando algún tipo de alteración física y psicológica en el personal sanitario.
El conocimiento de los riesgos psicosociales y del nivel de estrés en particular, junto con sus posibles características y peculiaridades son necesarias como base para una intervención sobre estos y la toma de medidas preventivas eficaces.

6 Bibliografía

Aguado Martín, J.I.; Bátiz Cano, A. y Quintana Pérez, S. El estrés en el personal sanitario; estado actual. Med SegurTrab (internet) 2013; 59(231) 259-275.
Aranaz J y Mira J. Cuestionario Font Roja: un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. Todo Hospital 2008, 52:63-6.
Cano Langreo, M.; Cicirello Salas, S.; López López, A. y Aguilar Vela, M. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. Med Segur Trab (internet) 2014; 6(234) 198-218.
Corredor Pulido, M.E.; Monroy Fonseca, J.P. Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en el personal sanitario. Revista hacia la Promoción de la Salud, vol nº 14, núm 1, enero-junio 2009, pp. 109-123. Universidad de Caldas.
Deschamps Perdomo, A.; Olivares Román, S.B.; De la Rosa Zabala, K.L. y Asunsolo del Barco, A. influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición de síndrome de burnout en médicos y enfermeras. Med Segur Trab (internet) 2011; 57 (224) 224-241.
Díaz A y Feldman I. Validación preliminar del cuestionario de estrés laboral (desbalance-esfuerzo/recompensa) en una muestra de trabajadores de la salud venozolanos. Ciencia&trabajo 2010 Nº36 320-326.
Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS, Contextualización, Prácticas y literatura de apoyo. 2010 6(6) 53-56.
Giraldo Giraldo, Y.; López Gómez, B.; Arango David, L.; Góez Henao, F. y Silva, E. Estrés laboral en auxiliares de enfermería, Medellín- Colombia 2011. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, vol. 45, núm. 1 enero-abril, 2013, pp23-31.

Capítulo 129

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS CUIDADOS A UN PACIENTE CON NEUMOTÓRAX

ALBA ALMENDRO HUECAS

MARIA DEL CARMEN GARCÍA MARTÍNEZ

CRISTINA LOPEZ ALVAREZ

DIANA RIVERA HERNANDEZ

SONIA GONZALEZ LANDETE

1 Introducción

La pleura es una membrana que recubre los pulmones y la parte interna de la caja torácica. Está formada por dos capas y el espacio que queda entre ellas se llama espacio pleural, dicho espacio será un espacio sin líquido ni aire. La función de la pleura aparte de favorecer los movimientos de la respiración es la de también proteger a los pulmones evitando el roce directo con la caja torácica.
La aparición de aire o líquido en la pleura podría ser debido a un traumatismo, una cirugía torácica o a un colapso espontáneo del pulmón provocado por cualquier anomalía o circunstancia.
A las acumulaciones de aire en la pleura se le denominará como neumotórax. El neumotórax puede ser de tipo primario dependiendo de la causa que los genere

cuando no existe un problema previo en el pulmón o secundarios cuando el pulmón anteriormente al neumotórax presentaba alguna alteración como enfisema, infección, EPOC.
Una caracteristica del neumotorax sería que ante una auscultacion apenas presentaría sensación de ruidos o movimientos ,aunque sus síntomas siempre dependerán del desencadenante de dicha afección.
En este trabajo vamos a explicar cuáles serían las funciones y los cuidados que un TCAE debe prestar a dichos pacientes que sufren este colapso, junto con el demás personal sanitario.

2 Objetivos

-Conocer las funciones del TCAE ante un paciente con neumotórax
-Explicar los cuidados que el TCAE debe realizar a estos pacientes

3 Metodología

Para la realización de nuestro trabajo de investigación hemos estado navegando en internet obteniendo información en diferentes páginas sanitarias relacionadas con el tema a tratar.
Hemos utilizado el buscador Google académico y por último también utilizamos nuestro manual básico del técnico de cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

Ante un paciente con neumotórax , lo mas importante es que el médico coloque a este un pleur-evac (será un drenaje introducido hasta la pleura del paciente , para poder sacarle el líquido o aire que le está provocando el neumotórax)
Una vez que le hayan colocado el drenaje del pleur-evac el paciente se quedara en cama. La colocación del tubo hará que el paciente se sienta incómodo y con molestias y la labor del TCAE comenzara con tranquilizar y acomodar al paciente hasta que se empiece a encontrar mejor vaya tolerando la punción que acaban de hacerle.
A continuación veremos cuáles serían las funciones o cuidados por parte del TCAE a dicho paciente :
-tendra que estar pendiente del tubo del pleur-evac para que este de manera recta y nada lo oprima para el correcto funcionamiento y drenaje del aparato

en cuestión.
-seguir sin titubear las indicaciones que el médico proporcione a la enfermería y este personal nos traslade a nosotros
-ejecutar dichas indicaciones a la perfección
-ayudar cuando sea necesario al aseo diario del paciente incluso al traslado del pleur-evac sobre todo al principio hasta que el paciente pueda familiarizarse con dicho aparato
-controlar siempre el pleur-evac para que no haya ninguna complicación, ya que puede darse el caso de tener que substituir el sistema por otro
-comprobar que no haya riesgo de fugas en el aparato
-En los traslados del paciente NO es hacia cualquier otra estancia del hospital el TCAE debería saber que no es necesario pinzar el tubo del pleur-evac
-Vigilancia y registro del volumen extraído. en caso de que se drenen líquidos
Una vez que el paciente vaya recuperándose y eliminando el aire o líquido de la pleura se podrá proceder a la extracción del tubo por parte del médico encargado.
A continuación y tras finalizar el proceso de extraccion el TCAE se encargará de:
- eliminar en el contenedor de residuos los tubos junto con el pleur-evac utilizados
-limpiar y desechar las gasas y apósitos y todo material desechable.
-Limpiar el material no desechable (pinzas, tijeras, etc.) con los productos recomendados, los secaremos y los colocaremos en una bolsa para mandarlos a esterilización.
Una vez se le haya retirado el drenaje el paciente podrá ser mandado a casa y la última función del TCAE frente a este paciente será la de recoger y limpiar la estancia o habitación donde haya permanecido este , tanto recogida de lencería como limpieza de cama, armarios, sillones mesita, etc.

5 Discusión-Conclusión

El neumotórax es una complicación respiratoria que necesita de una pronta actuación por parte del equipo sanitario para evitar complicaciones y poder obtener una rápida recuperación del paciente .
Dentro del equipo sanitario que atenderá esta patología se encuentra la figura del TCAE, el cual prestara una labor asistencial ante el tratamiento de la enfermedad , ayudando tanto al cirujano como al resto de personal como podría ser la enfermería.
Pero realmente cuando comienzan las principales funciones del TCAE con estos pacientes es cuando el médico o cirujano ha colocado el drenaje o pleur-evac a estos para poder eliminar el neumotórax, es entonces cuando el TCAE será el encar-

gado de controlar, velar y mantener en perfectas condiciones dicho drenaje para su correcto funcionamiento durante todo el proceso de eliminación de líquido o aire de la pleura.
El TCAE será fundamental durante la estancia del paciente que sufre dicha dolencia.

6 Bibliografía

Manual básico del técnico de cuidados auxiliares de enfermería
Google académico www.revistamedica.com
revista-portalesmedicos.com www.chospab.es

Capítulo 130

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA

ALBA ALMENDRO HUECAS

MARIA DEL CARMEN GARCÍA MARTÍNEZ

CRISTINA LOPEZ ALVAREZ

DIANA RIVERA HERNANDEZ

SONIA GONZALEZ LANDETE

1 Introducción

La valoración de la paciente en la consulta de ginecología requiere una anamnesis detallada y una exploración física adecuada para orientar el motivo de revisión o consulta y poder detectar, estudiar o diagnosticar eventuales patologías. Existen diversas pruebas complementarias al estudio inicial que se pueden realizar en la consulta de ginecología de forma sencilla y cómoda para la paciente y mediante las cuales es posible obtener una importante información en relación al proceso por el que están siendo valoradas. Estas pruebas se realizan en la consulta de

forma ambulatoria, no requieren preparación previa y forman parte del estudio básico de una mujer en la consulta de ginecología.
Las principal prueba complementaria utilizada es la ecografía que se puede realizar tanto vía vaginal como abdominal, en casos seleccionados. Otras pruebas como la citología, colposcopia o histeroscopia permiten la obtención de muestras para estudio y diagnóstico. En estas últimas la colaboración y apoyo por parte del técnico de auxiliar de enfermería permite la colocación de la paciente, la toma de muestras e identificación así como la preparación y entrega de materiales para llevar a cabo los estudios.
En el presente capítulo se van a revisar las principales pruebas que se realizan en la consulta de ginecología.

2 Objetivos

Conocer las pruebas complementarias más frecuentes que se pueden realizar en la consulta de ginecología, como apoyo diagnóstico e incluso terapéutico de diversas alteraciones o lesiones.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Ecografía.
Se trata de la prueba más realizada en la consulta ginecológica. Se puede realizar vía abdominal y/o transvaginal, siendo ésta última de elección para valoración de los genitales internos por la proximidad a los mismos. Permite la valoración de útero, trompas y ovarios, así como la presencia de patologías en otros niveles como perianexial, periuterino o fondo de saco de Douglas.
La organización y planificación de la consulta, el papel del auxiliar de enfermería se orienta a la colocación adecuada de la paciente en la mesa de exploración, posición correcta y preparación de la sonda de exploración.

2. Citología.
La realización de una citología es de las exploraciones complementarias más frecuentes en la consulta de ginecología. Clásicamente la toma se realizaba con una pequeña espátula con la que la muestra de flujo vaginal y células de paredes vaginales y cervicales (toma exocervical y endocervical) depositada en un portaobjetos con posterior líquido de fijación. Hoy la mayoría de las citologías se realizan en medio líquido, cogiendo la muestra con un pequeño cepillo que se incluye en el envase con preparación líquida.
La recogida de la muestra por parte del especialista es entregada en el envase identificado acompañado de un informe y una petición de estudio de anatomía patológica supervisado por el auxiliar de enfermería.
3. Colposcopia.
Consiste en la evaluación del cuello uterino con una lente de aumento que permite identificar lesiones. Normalmente se realizan dos tinciones cervicales, una con ácido acético y otra con solución de yodo, que permiten identificar imágenes normales o lesiones en las que poder realizar una biopsia.
El material necesario para esta prueba es preparado por el auxiliar de enfermería en una mesa con medidas de higiene y asepsia, en la que se disponen gasas o torundas sujetas por una pinza de disección e impregnadas de las diferentes soluciones usadas en el estudio. En el caso de toma de muestras con pinza de biopsias deberán ser depositadas e identificadas en los correspondientes envases indicados por el facultativo especialista, para así remitirlas a estudio de anatomía patológica.
4. Biopsia ginecológica.
Se trata de un método de estudio de lesiones accesibles en diferentes niveles: vulva, vagina, cérvix y endometrio. Las que se encuentran a nivel vulvar o vaginal se suelen biopsiar con un instrumento denominado punch previa anestesia local. En el caso del endometrio lo más frecuente es realizar la biopsia utilizando una cánula de aspirado.
5. Histeroscopia.
Consiste en el estudio de la cavidad endometrial utilizado una lente. Puede ser tanto diagnóstica como terapéutica para tratar determinadas lesiones uterinas intracavitarias.

5 Discusión-Conclusión

La consulta de ginecología permite la exploración, diagnóstico y estudio de las pacientes mediante distintas pruebas que se realizan de manera ambulatoria. Entre

ellas cabe destacar el papel de la ecografía, tanto abdominal como vaginal principalmente, que por su comodidad y facilidad de realización en manos expertas permite el estudio de normalidad o el hallazgo de alteraciones y orientación de posibles estudios. Existen otras pruebas frecuentes en ginecología que se puede realizar de manera ambulatoria y que permiten el estudio de diversas patologías, destacando la citología, la histeroscopia, la colposcopia y la toma de biopsias, de acuerdo a los hallazgos en la exploración.

6 Bibliografía

Tratado de Obstetricia y Ginecología.

Capítulo 131

EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS VEGETARIANOS

ALBA ALMENDRO HUECAS

MARIA DEL CARMEN GARCÍA MARTÍNEZ

CRISTINA LOPEZ ALVAREZ

DIANA RIVERA HERNANDEZ

SONIA GONZALEZ LANDETE

1 Introducción

A lo largo del tiempo hemos conocido multitud de teorías y estudios que sostenían, con cierta rotundidad, los numerosos beneficios de una dieta
única y exclusivamente vegetariana obviando, en muchas ocasiones por desconocimiento y falta de resultados basados en la experimentación, los posibles riesgos que este tipo de dietas puede acarrear a ciertos pacientes o usuarios.
Bajo ningún concepto se pretende denostar este tipo de dietas, todo lo contrario. Lo que sí se pretende es dar cierta rigurosidad al tema, abarcando tanto beneficios como riesgos y aconsejando, siempre, una planificación correcta de cualquier tipo de dieta, revisada por especialistas teniendo en cuenta las circunstancias sanitarias, sociales, económicas, etc. de cada usuario.

Una de las labores del técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), tanto en centros hospitalarios como en centros sociosanitarios, es acercar al paciente el menú diario y todos nos hemos encontrado con peticiones de dieta vegetariana.
El enfermo o el usuario de residencia debe ser consciente en todo momento de sus déficits y dolencias. Debe recibir información detallada de qué tipo de dieta es aconsejable en su caso.
No nos corresponde a nosotros establecer la dieta más apropiada para cada paciente, si, en ocasiones, por la cercanía el explicar el porqué de una decisión acertada a su petición o alejada a la misma. El presente estudio pretende abordar los beneficios de este tipo de dieta, pero sin olvidar, y se hará mención también, de los riesgos que supone en algunos casos.

2 Objetivos

- Conocer tanto los beneficios como riesgos de una dieta exclusivamente vegetariana.
- Dotar al TCAE de la información suficiente sobre las características de una dieta vegetariana para trasladarla al paciente si se le requiere junto al resto del equipo de trabajo.

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

No es necesario exponer en estas líneas que una dieta debe ser variada, de esta manera conseguiremos todos los nutrientes necesarios que nuestro cuerpo necesita.
Pretender que un solo alimento nos proporciones todo aquello que necesitamos no deja de ser de hipócritas, sino que, además, es falso. De ese hecho podemos deducir que cuanto más variada sea la dieta más fácil será el acceso a todo lo que

nuestro organismo requiere, por lo tanto, la eliminación de productos conlleva, de forma irremediable, una tarea ardua y de mayor complejidad.
Cuantas más restricciones nos impongamos mayores serán los retos para conseguir todo aquello que necesitamos. No es menos cierto que la eliminación de productos no implica automáticamente déficit. No, no lo es. Un buen conocimiento de los diferentes alimentos y sus aportes nos conducirán a conocer cuáles son sus sustitutivos.
¿Esta afirmación es válida para todos los grupos de edad?
No, son muchos los estudios que no recomiendan cierto tipo de dietas en edades tempranas, ya que pueden resultar deficientes y estar asociadas a problemas en el crecimiento.
La Agencia de Salud Pública de Cataluña afirma: "Las alimentaciones extremadamente restrictivas como la macrobiótica, la frugívora o la crudívora se han asociado a un deterioro en el crecimiento y, por lo tanto, no pueden ser recomendadas para niños".
De la misma manera podemos afirmar que la dieta vegetariana sin una buena planificación, conocimiento de nuestras necesidades en cuanto a nutrientes y sin vigilancia por parte de expertos resultará deficiente y presentará una nula o mínima absorción de varios nutrientes necesarios como pueden ser: Proteínas de alto valor biológico, hierro, zinc, vitaminas D y B12, calcio, etc.
Pongamos algunos ejemplos:
- Calcio: De todos es sabido la necesidad de calcio. La población parte del axioma erróneo de que tan solo lo podemos conseguir a través de productos lácteos. No es cierto. Alimentos como el brócoli, acelgas, yogures de tofu son opciones para conseguirlo y compatibles con la dieta vegetariana.
- Proteínas: los productos lácteos son ricas fuentes para satisfacer las necesidades de nuestro organismo en cuanto a proteínas. Con una dieta vegetariana debemos encontrar alimentos vegetales que suplan o sustituyan a estos alimentos. Soja, frutos secos, semillas, cereales, son algunos ejemplos de estos.
- Vitamina B12: en este caso nos encontramos con un gran obstáculo, ya que esta vitamina se encuentra, casi de forma exclusiva, en productos de origen animal, lo que obligará a vegetarianos y veganos a tomar suplementos de esta vitamina. Hay que tener en cuenta que la deficiencia en vitamina B12, por ejemplo, durante el embarazo puede causar daños neurológicos en el feto y que, por otra parte, aumenta el riesgo de sufrir enfermedades de tipo cardiovascular.
No debemos olvidar que este tipo de dietas, aunque si no están perfectamente planificadas pueden ser perjudiciales o conllevar algún tipo de riesgo, existen multitud de beneficios que es justo mencionar.

La Asociación Americana de Dietética de Estados Unidos (ADA) plantea como postura en este tema: "las dietas vegetarianas -incluso aquellas estrictas planificadas de modo apropiado, son saludables, nutricionalmente adecuadas y pueden ser beneficiosas para la prevención y el tratamiento de ciertas enfermedades.
Las dietas vegetarianas correctamente planificadas resultan apropiadas en toda etapa de la vida, incluyendo el embarazo, la lactancia, la infancia, la niñez, la adolescencia y también para los deportistas"
Mencionemos pues estos beneficios:
* Niveles de colesterol más bajos.
* Presión arterial más baja. Muchos de los pacientes con presión arterial alta, cuando inician una dieta vegetariana, logran eliminar la necesidad de medicación.
* Recomendada en pacientes diabéticos.
* Reduce el índice de masa corporal (IMC). Los veganos tienen menor riesgo de sobrepeso y obesidad.
* Una dieta con unos niveles elevados de proteína animal y bajos de proteína vegetal presenta una mayor tasa de pérdida ósea. Las dietas ricas en sodio o aminoácidos que contengan azufre pueden aumentar las pérdidas de calcio.

5 Discusión-Conclusión

De todos es sabido y son continuas las recomendaciones médicas de que una dieta variada nos proporcionará los nutrientes demandados por nuestro organismo, los suficientes y necesarios para no sufrir ningún tipo de ausencia de los mismos.
Cualquier tipo de dieta debe ser un acto justificado, planificado y basado en los diferentes estudios que nos aportarán los conocimientos necesarios para evitar déficits y así lograr una vida saludable.
Nosotros, como profesionales sanitarios, debemos conocer los beneficios y riesgos que conlleva este tipo de dietas. Se atenderá, sin duda, las peticiones de los usuarios siempre y cuando no supongan un riesgo para su salud.

6 Bibliografía

1. http://www.vrg.org/nutrition/2009_ADA_position_paper.pdf.
2. http://salutpublica.gencat.cat/.
3. https://www.ocu.org/.
4. https://www.mayoclinic.org/.

Capítulo 132

EL TÉCNICON EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO

MARTA SERRANO GONZALEZ

LAURA OÑATE SÁNCHEZ

MARÍA DEL CARMEN RÍOS GARCÍA

MARÍA ESPERANZA GARCÍA BURRUEZO

CRISTINA RÍOS GARCÍA

1 Introducción

El quirófano es el área clave del hospital. En él se realizan todo tipo de intervenciones quirúrgicas y operaciones. Está activo las 24 h, los siete días de la semana y también se atienden intervenciones programadas o de urgencia.

El proceso quirúrgico se compone en 3 fases, preoperatorio, transoperatorio y por último el postoperatorio.

Lo más importante es el equipo de esterilización y limpieza, para proteger la seguridad de los pacientes. Así es más probable que no corran riesgos de infecciones. Los quirófanos están acondicionados con una serie de materiales básicos. Siempre tienen que estar preparados por si se necesita en cualquier momento. Todo el material que se vaya a usar debe estar correctamente esterilizado antes

y después de su uso. Algunos de los materiales son de un solo uso, por lo tanto, esos se tiran. La última finalidad es, que la zona esté desinfectada por completo. Todo el personal sanitario debe someterse a un lavado de manos antes de acceder al quirófano.

El lavado debe durar unos 4 minutos. Se realiza con povidona yodada o clorhexidina. El quirófano también cuenta con un equipo de personal multidisciplinar en el que está compuesto por el equipo médico, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores…

2 Objetivos

Dar a conocer el trabajo del TCAE en el área de quirófano.
Enumerar las normas que se rigen en 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los quirófanos están compuestos por distintas salas, una de ellas son las salas de preoperatorios dónde se prepara al paciente antes de las intervenciones quirúrgicas. Por otro lado, está el quirófano donde se realiza la intervención y por último se encuentran las salas postquirúrgicas, dónde se recupera el paciente tras la operación, hasta ser llevado a planta.

Los quirófanos tienen las siguientes características:
-Las superficies deben de ser lisas y antideslizantes.
-La temperatura debe oscilar los 22º.
-Debe contar con filtros HEPA. (Liberan el polvo, ácaros, virus, bacterias y partículas finas).
-En la sala debe tener una iluminación regulable hasta 1000 lux.
-El tamaño no deberá ser inferior a 38 m2.

-La altura del techo oscilará los 3 m.

En relación con esto, el auxiliar de enfermería realiza las siguientes tareas:
-Prepara el material antes y después de cada intervención.
-Prepara al paciente, le toma la temperatura
-En ocasiones administra medicación siempre bajo supervisión.
-Realiza los aseos y cuidados a los pacientes dependientes.
-Colabora en el cambio de camilla.
-Interviene siempre que el equipo médico precise de su ayuda.
-Coopera con la enfermera cuando lo requiera para realizar distintas técnicas, como por ejemplo el sondaje.

El auxiliar de enfermería se encarga de reponer y limpiar los carros. Controla que nada este caducado y todo este correcto.

En cuanto a la limpieza y desinfección de un quirófano, se realizará inmediatamente al finalizar la intervención. Es una de las zonas que más se desinfectan. El personal de limpieza se encarga de esta labor.

Las normas de quirófano son estas:
- Se debe utilizar la vestimenta adecuada.
- Hay que ir con cuidado y saber diferenciar la zona limpia de la sucia.
- Los movimientos se tienen que realizar con cuidado y no realizar movimientos bruscos para evitar el desplazamiento de partículas.
- Las puertas del quirófano se abrirán y cerrarán con cuidado para evitar corrientes de aire.
- Dentro del quirófano solo estará el personal correspondiente.
- No se podrá entrar objetos como bolsos, maletas…
- La voz debe de ser medianamente baja.
- Cuando el personal va con ropa estéril y tiene que pasar por un área no estéril, debe de mantener un espacio de seguridad y debe de darle la espalda e ir de frente de las zonas estériles.
- A la hora de abrir el instrumental se mantendrá una distancia para no contaminar, al menos 30 cm. También se mantendrá al administrar líquidos.
- La apertura de los contenedores de instrumental, se retirará la tapa con delicadeza sin cruzar los brazos por delante del contenedor.

5 Discusión-Conclusión

Se sabe que una intervención quirúrgica no es de buen gusto para nadie, pero también gracias a ello muchas personas se han recuperado y han mejorado en salud, debido a la labor que desempeña cada profesional.

También sabemos que todos los profesionales brindan por la salud y calidad de vida de un paciente, por eso, tenemos que tener máxima precaución y llevar a raja tabla los protocolos.

La labor del TCAE es muy importante en el bloque quirúrgico. Prepara al paciente antes de la intervención. También es el responsable de desinfectar y preparar el material. Ayuda y apoya al equipo médico y coopera con las enfermeras.

6 Bibliografía

1. Objetivos TCAE en quirófano. [Internet] [Citado 4agosto 2022]. Disponible en: https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-perioperatorio/.
2. Funciones TCAE en quirófano. [Internet] [Citado 19abril 2021]. Disponible en: https://diariosanitario.com/auxiliar-enfermeria-quirofano-formacion/.
3. Funciones TCAE. [Internet] [Citado 6 mayo 2021]. Disponible en: https://daeformacion.com/funciones-tcae-quirofano-reposicion/.
4. Normas del quirófano.[Internet] [Citado 11 mayo 2021]. Disponible en: https://daeformacion.com/normas-circulacion-quirofano/.

Capítulo 133

ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CASO DE PARADA CARDIORESPIRATORIA EN PACIENTE HOSPITALIZADO

MARIA DEL PILAR GARCIA PIQUERAS

DOLORES GARCIA PIQUERAS

MARÍA TERESA CÉSPEDES GARCÍA

JUAN MIGUEL ESPINOSA SERRANO

MARIA EDUARDA MOGUEL MIR

1 Introducción

En el momento actual, la parada cardiorrespiratoria no es un síntoma que se pueda controlar, salvo en casos que el paciente tenga una patología coronaria conocida.
En otras ocasiones puedes ser testigo de una parada cardiorrespiratoria en cualquier momento a nivel hospitalario o extrahospitalario.
La parada cardiorrespiratoria es una urgencia vital, debe ser tratado inmediatamente, cada segundo que no se realice cuidados para recuperar al paciente más posibilidades de muerte o secuelas tiene.

Se puede definir la parada cardiorrespiratoria (PCR) como que es una interrupción de la mecánica del corazón y de la respiración espontánea, con aparición brusca y potencialmente reversible. Son muchas los conocimientos que se debe tener en esta ocasión de como reaccionar en esta situación para evitar la muerte de este paciente.
En caso de que el paciente presente una patología cardiaca, sería conveniente que no estuviera solo en casi ninguna situación para evitar un fatal desenlace.
En las paradas cardiorrespiratorias que suelen ser presenciadas en el hospital suelen ser por infarto agudo de miocardio, arritmias, una posible sepsis (la cual es muy difícil que tras la salvación de este paciente no presente algún tipo de secuela) y como no la insuficiencia respiratoria en la cual también puede debutar la parada cardiorrespiratoria.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de actuación debe realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en presencia o testigo de una parada cardiorrespiratoria en un paciente hospitalizado.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos de SCIELO, PUDMEB etc. Se han encontrado artículos que nos ayudan a conocer qué conocimientos debe tener el TCAE ante una parada cardiorrespiratoria.
Palabras clave: cuidados, cardiología, parada cardiorrespiratoria, reanimación.

4 Resultados

- Se ha podido ver que en nuestro trabajo se ha podido incluir artículos en los cuales nos indican que tipo de actuaciones e intervenciones puede realizar el TCAE en un paciente en una situación de parada cardiorrespiratoria.
- En un primer momento, el TCAE en caso de conocer que los pacientes en los que está realizando los cuidados necesarios a nivel cardiológico, deberá conocer en donde se encuentra el carro de paradas por si necesita utilizarlo.
- El carro de paradas es un material que deberá ser revisado diariamente para que en caso de parada cardiorrespiratoria no falte ningún material, ya que la parada

cardiorrespiratoria se considera una urgencia vital inmediata todo segundo que se tarde en reaccionar será penalizado en el paciente a nivel de secuelas o muerte.
- En caso de que el TCAE esté presente en una parada cardiorrespiratoria, accionara el botón de llamada a enfermería, pero hasta la llegada de este personal sanitario comenzara con compresiones cardiacas, solo en caso de que conozca la técnica por supuesto. Para ello, antes tumbará en posición decúbito supino al paciente y colocará una base dura debajo de su tórax para comenzar con las compresiones. En el momento que llegue el resto del personal, el TCAE solo se retirara de las compresiones en el momento que pueda ser relevado por otro personal. En ese momento, el TCAE romperá el precinto del carro de paradas y ayudará al personal que está atendiendo al paciente, administrándole todo el material necesario en ese momento.
- Es una situación muy estresante y el TCAE Conoce todo el material que existe en el carro sin dudar, ya que está en una situación vital para un paciente, no se debe dudar nunca de lo que le están demandando.

5 Discusión-Conclusión

Se debería obligar a los profesionales sanitarios a la formación y reciclaje de primeros auxilios, ya que es un requisito indispensable en caso de parada cardiorrespiratoria.
Es muy diferente el trato al paciente en una parada cardiorrespiratoria, en hospitalización en el cual el material indicado para realización de primeros auxilios está muy cerca, a una situación extrahospitalaria en la cual no dispones de medios solo masaje cardiaco.
El Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería, en caso de presenciar la parada cardiorrespiratoria, colocará al paciente y realizará masaje cardiaco siempre que conozca como se ha de realizar, esperará que llegue los demás profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

- Gillentine MA, Berry LN, Goin-Kochel RP, Ali MA, Ge J, Guffey D,Rosenfeld JA, Hannig V, Bader P, Proud M, Shinawi M, Graham BH, Lin A, Lalani SR, Reynolds J, Chen M, Grebe T, Minard CG, Stankiewicz P, Beaudet AL and C, Schaaf. In-Hospital Cardiac Arrest. J Am Med Assoc. 2017;47(3):549-62.
- Corujo Fernández B et al. Protocolo de actuación de enfermería ante parada cardiorrespiratoria en adultos en ámbito hospitalario[Internet]. Ilustre Co. Madrid:

Servicio Madrileño de Salud; 2014. 1-36

Capítulo 134

BENEFICIOS DE LA PREVENCIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PERSONAS CON RIESGO DE VIRUS PAPILOMA HUMANO

MARIA DEL PILAR GARCIA PIQUERAS

DOLORES GARCIA PIQUERAS

MARÍA TERESA CÉSPEDES GARCÍA

JUAN MIGUEL ESPINOSA SERRANO

MARIA EDUARDA MOGUEL MIR

1 Introducción

En muchas ocasiones la palabra prevención es la base de muchas patologías, enfermedades, infecciones, pero aun así en ocasiones no es suficiente, con lo cual el personal sanitario deberá realizar una educación sanitaria e indicar los recursos de los que puede tener.
El virus de papiloma humano se puede definir de la siguiente forma, son un grupo de virus relacionados entre sí. Pueden causar verrugas en diferentes partes del cuerpo. Son generalmente por contacto vía sexual.

Se puede hablar de dos tipos de virus, el VPH de bajo riesgo puede causar verrugas alrededor de los genitales, el ano, la boca o la garganta. El VPH de alto riesgo puede causar muchos tipos de cáncer, por ejemplo cáncer testicular, colorrectal, pene, entre otros muchos más.
El principal síntoma de algunos tipos de infección por VPH son las verrugas genitales. Las verrugas genitales pueden ser pequeñas o grandes, planas o elevadas. A veces se describen como similares a la coliflor. Puede haber más de uno, o pueden aparecer en grupos. Pueden aparecer en el ano, el cuello uterino, el escroto, el pene, la ingle o el muslo.
El virus entra en contacto en el cuerpo en el momento que la persona se relaciona con otra vía sexual con el virus activo.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de prevención puede llegar a explicar e indicar el TCAE a pacientes con riesgo de virus del papiloma humano.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos de SCIELO, PUDMEB etc. Se han encontrado artículos que nos ayudan a conocer qué tipo de indicaciones puede realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante el virus papiloma humano.
Palabras clave: cuidados, virus, sexual, prevención.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica han sido muchos los artículos encontrados en los que nos indicaban como se podía infectar la persona con el virus del papiloma humano, qué síntomas podía alcanzar y por supuesto que tipo de prevención podrá realizar el TCAE en algunos pacientes.
- El TCAE debe conocer por supuesto qué tipo de virus es este, como se transmite, que tipo de sintomatología puede llegar a observar en un paciente que se ha infectado del virus del papiloma humano. En cuanto a la sintomatología, el TCAE solamente observará una serie de verrugas, las cuales aparecen en sitios concretos, ingles, escroto, pene, etc.

- El TCAE podrá indicar al paciente en riesgo de padecer este tipo de virus en un principio, dependiendo de la edad de este entraría en el calendario vacunal en el que las mujeres se administra la vacuna entre 11 y 12 años. En la actualidad se ha introducido la vacuna también para el varón, los cuales se podrán administrar esta vacuna en la misma edad, en el control de sanitario por edad.
- El mejor tipo de prevención, entre otros que puede aconsejar el TCAE es el uso del preservativo masculino, siempre con la conciencia de como se usa y como se coloca, evitando el riesgo de embarazo a su vez.
- Solamente en casos de alergia al látex es en el único momento en el que no puede aconsejar el preservativo masculino. En este caso, el TCAE valorará conjuntamente a la pareja para comprobar el riesgo de enfermedades de transmisión sexual al que pueden estar expuestas y proponer algún tipo de cuidados. Como, por ejemplo, seguir un plan individual y las pruebas diagnósticas para concluir si existe algún tipo de enfermedad en ese momento actual.

5 Discusión-Conclusión

En el momento actual se ha podido observar que el estudio sobre el virus del papiloma humano sigue activo. Para ello se ha podido conocer que no solo se administra la vacuna del papiloma humano en mujeres, sino que se ha introducido ya en varones.

El TCAE como profesional sanitario deberá conocer que es ese virus, y como se desarrolla y por supuesto síntomas que pueden aparecer en el cuerpo del paciente.

No existe una curación, pero sí una prevención, para ello el TCAE puede documentar e informar a los pacientes con sexualidad activa el que usen protección y el mejor tipo de prevención es el preservativo masculino, pero solo se podrá utilizar en casos que no sea alérgico al látex.

6 Bibliografía

- Hérnandez Aguado JJ, De la Fuente Valreo J, Ramirez Mena M. Prevención primaria del virus del papiloma humano. Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2019;62(3):266-280.
- Shepherd JP, Frampton GK, Harris P. Interventions for encouraging sexual behaviours intended to prevent cervical cancer. Cochrane Database of Syst Rev. 2011 Apr 13;2011(4)

Capítulo 135

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS RELACIONES INTERPROFESIONALES EN GERIÁTRICOS

MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS

MIRIAN CALERO MORENO

MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE

NICOLETA TALPA

MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ

1 Introducción

Las relaciones interpersonales son la conexión que existe entre dos o mas personas, basándose en las emociones, sentimientos, intereses, actividades etc.....son la base de la sociedad.

Las habilidades sociales son muy importantes para relacionarse con los demás tanto en la vida diaria como en el trabajo.

Las funciones de un TCAE en un Geriátrico, además de hacer higienes, dar de comer, estar pendientes de todas las necesidades que el residente necesite, una

de las mas importantes son las habilidades sociales tanto con los residentes como con el equipo de trabajo. Ser paciente, tener tacto, saber escuchar, tener empatía, capacidad de organización, el trabajo en equipo y una actitud positiva. Pero cuando existe una carga excesiva de trabajo, falta tiempo para realizar las funciones mencionadas y esto no es algo puntual, sino que se alarga en el tiempo, se puede caer en el desgaste físico y emocional del trabajador. Se puede llegar a alterar la autoestima y la personalidad del mismo, llamado Síndrome de Bournot o síndrome del "trabajador quemado". El grado de satisfacción personal al realizar este trabajo es imprescindible para mantener una armonía entre las dificultades y estresores que surjan día a día y la forma en que profesionalmente se afronten.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de las relaciones interprofesionales del TCAE en los centros geriátricos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre las relaciones interpersonales en bases de datos, revista médica, artículos científicos de la OMS sobre las técnicas de comunicación que se deben de conocer para tratar al paciente.

4 Resultados

El trabajo del TCAE en residencias, no solo validado al resto de profesionales, sino que trabaja directamente con el residente y el principal objetivo es su bienestar.

Constantemente se interactúa, para ello se tienen que tener estrategias para no llegar al desgaste emocional y físico.
El contacto diario con la enfermedad, el dolor, el sufrimiento de los pacientes y la muerte, puede llevar a estados de agotamiento, cayendo en el estrés laboral. La comunicación es una de las piezas fundamentales para los profesionales de la salud.

Para la OMS es fundamental una comunicación eficaz, integrada y coordinada con el paciente, por ello, los enfermeros/enfermeras deben de conocer técnicas de

comunicación efectivas, ya que son el primer canal por el cual el paciente expresa sus necesidades. No solo es el buen uso de las palabras sino también el tono de voz, los gestos, el lenguaje no verbal y otra finalidad para la relación laboral es sentirse apoyado por los superiores, tanto emocionalmente como físicamente, dotando al puesto de trabajo las medidas mecánicas para realizar el trabajo sin riesgos tanto para el residente como para el trabajador. Otro fin a conseguir, que sea compatible el tiempo para realizar el trabajo con el residente y la demanda del mismo.

Cuando el TCAE actúa con rapidez en sus funciones, se le puede crear al residente inseguridad, estrés, sensación de que no son importantes, por eso son tan importantes las habilidades de los profesionales, unos nacen con ellas y otros las van adquiriendo con formación precisa y con práctica.

Como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería habrá situaciones delicadas y especiales, donde la discreción, amabilidad al hacerles sentir que no pasa nada, es esencial para la tranquilidad y bienestar del paciente, con la gran tragedia vivida por el Coronavirus y el tener que utilizar la mascarilla se les priva de ver la sonrisa, los gestos, por ello el tono de voz es tan importante porque no es solo lo que se dice, sino cómo se dice y todo lo que se puede transmitir a través de la voz se puede notar el estado anímico, percibir sentimientos y emociones.
Tenemos que cuidar la inteligencia emocional para manejar nuestros sentimientos y así poder gestionar las emociones de una forma correcta para realizar el trabajo y no caer en la frustración personal y laboral.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE en Geriátricos es imprescindible para el cuidado del residente y para la colaboración con los demás profesionales.

Las habilidades sociales nos permiten interactuar y relacionarnos con los demás de forma empática, asertiva, paciente y capacidad para trabajar en equipo.

El tener una buena coordinación de superiores y sentirse apoyados por ellos, resolviendo problemas del día a día, que se presentan, mejoraría el hábitat de trabajo. La motivación, el respeto, la negociación, la escucha activa son la herramienta para no caer en la frustración personal y laboral.

La falta de tiempo, las exigencias laborales, el no dotar en tu puesto de trabajo ayudas mecánicas o no revisarlas, el convivir con el dolor, la enfermedad, la

muerte te puede hacer caer en un desgaste físico y emocional que te puede llevar a la apatía.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es un trabajo de vocación, de voluntad de empatía de ayuda a los demás y necesita algo que es limitado, TIEMPO, y no solo cuidar, si no también cuidarse.

6 Bibliografía

https://concepto.de/relaciones-interpersonales./
https://revistamedica.com/relacion-tcae-paciente/
https://dle.rae.es>interaccion
https://comunicacionnypoder.c/tecnicas-de-comunicacion-efectiva-en-enfermeria/

Capítulo 136

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO HOSPITALARIO

ELISETE FILIPA DE SOUSA FREITAS

MARIANELA BEATRIZ PAUTA AYALA

SANDRA SOLÉ FERNANDEZ

CONCEPCION FLORES PEÑALOZA

1 Introducción

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en quirófano tiene diversas funciones, ya que un quirófano es un lugar donde se realizan operaciones quirúrgicas y hay muchos de los procesos que suelen ser de duración muy larga, según sea el tipo de operación del paciente y es un lugar en el cual debe de estar todo tipo de material aséptico, para evitar infecciones nosocomiales con el paciente. Siempre dependemos de la patología del paciente para poder preparar el material necesario para la intervención quirúrgica, por ello siempre estaremos acompañados con una enfermera que es la que nos ayudara a tener todo preparado para la operación, sobre todo el instrumental a utilizar en el momento de la intervención quirúrgica. El técnico auxiliar de enfermería (TCAE) debe de conocer todo tipo de instrumento que hay en el quirófano, sobre todo el equipo de paradas, respirador para poder actuar rápidamente en caso necesario.

Hay un proceso quirúrgico que consta de tres fases que son la fase Preoperatoria, la fase intraoperatoria y la fase postoperatoria, y el conjunto de las tres fases se llama proceso perioperatorio. Siempre debemos de tener presente que el paciente haya firmado todo lo necesario sobre todo los consentimientos informados que es donde pone el tipo de operación que se le va a realizar y los pros y contras que puede tener en la intervención.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE en el cuidado del paciente en el quirófano hospitalario.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de funciones del TCAE en el servicio de quirófano y se han utilizado descriptores como: cuidados, pacientes, quirófano, funciones del TCAE, personal sanitario, etc.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) forma parte de todo el equipo quirúrgico, es decir, es una persona más para poder colaborar en las operaciones que se realizan en los quirófanos y la que facilita el material cuando nos falta algún instrumental , ya que el quirófano tiene una parte que se llama antequirófano y es en esta parte donde está el técnico auxiliar de enfermería (TCAE), para cualquier tipo de material que necesiten el equipo de quirófano que está realizando la intervención

El TCAE debe de conocer sus funciones y saber proteger y asegurar al paciente antes de la intervención quirúrgica, ya que de esta manera, evitara futuras complicaciones durante el proceso asistencial al paciente y de esta manera dará seguridad y tranquilidad al paciente.

Por ello el técnico auxiliar de enfermería (TCAE) deberá de realizar las siguientes funciones:

1. Tener el mobiliario y aparataje quirúrgico bien colocado antes y después de la intervención.

2. Tener el equipo de textil-desechable y el instrumental todo aséptico y preparado.
3. Preparar y comprobar los sistemas de aspiración necesarios que funcionen correctamente.
En las fases que se han descrito antes el proceso quirúrgico consta de 3 y son las siguientes:
Preoperatorio
Es la fase en la cual el paciente ha decidido ser intervenido y antes de la intervención se le ha facilitado toda la información necesaria y seguidamente es trasladado a la mesa quirúrgica o de operaciones.
Intraoperatorio
Es la fase en la cual comienza el traslado del paciente de la cama a la mesa quirúrgica y termina cuando el paciente se está recuperando de la anestesia y el paciente va recuperando la conciencia.
Postoperatorio
Es la fase en la cual empieza la admisión del paciente en la unidad de recuperación post-anestésica y termina cuando el paciente va a ser trasladado a su unidad.
Una vez se ha terminado la intervención quirúrgica y el paciente ha sido reanimado y respira por sí solo, es trasladado a su planta, nos cercioramos que el paciente está recuperado de la intervención y se seguirán los cuidados en la unidad hospitalaria.
Una vez ha finalizado la intervención quirúrgica, el técnico auxiliar de enfermería deberá de recoger todo tipo de material e instrumental para esterilizar, recoger y limpiar todo tipo de aparatos utilizados en la intervención, limpiarlos y desinfectarlos y dejarlos preparados para la próxima intervención quirúrgica.
Deberá reponer todo lo que se ha utilizado y volver a comprobar todo el equipo necesario para su posterior utilización.

5 Discusión-Conclusión

En las intervenciones quirúrgicas tanto el equipo sanitario como no sanitario, debe de saber actuar en todo momento en quirófano, ya que es una zona estéril y mientras están realizando la intervención quirúrgica, solo podremos entrar si fuera preciso y necesario. Por ello debemos de saber las funciones que le corresponden a cada categoría profesional, aunque en quirófano todo el equipo ya sea sanitario o no sanitario, se ayudan entre todos y forman un equipo multidisciplinar independientemente de la categoría profesional de cada uno, por ello todos debemos de tener conocimientos de la unidad de quirófano y saber controlar y

manejar todo tipo de aparataje y tener todo comprobado para que todo salga bien durante la intervención quirúrgica. De esta manera entre todo el equipo conseguimos una atención individualizada para el paciente, proporcionando seguridad, apoyo antes y después de la intervención, para conseguir que el paciente de siesta cómodo y no tenga nervios antes de la intervención quirúrgica.

6 Bibliografía

1.Técnicas básicas de enfermería McGraw-hill, cuidados perioperatorios
2.Enfermería médico-quirúrgica. Generalidades. Editorial MASSON
3.https: //www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_4.htm
4.https://saluddigital.ssmso.cl/wpcontent/uploads/2019/03/Proceso_QX_ssmso_v.1.0.2.docx.pdf

Capítulo 137

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ROSA MARÍA SERRANO FUENTES

CONSUELO CORCOLES LÓPEZ

TERESA LOPEZ ALVAREZ

ANGELA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

M.DEL PILAR GONZALO ANGULO

1 Introducción

En la unidad de cuidados intensivos UCI se encuentran pacientes que necesitan unos cuidados específicos, ya que están en situación crítica. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería(TCAE) que trabaje en el servicio de unidades de cuidados intensivos comúnmente llamado UCI debe tener una serie de conocimientos previos tanto en patologías como en síntomas y materiales que puedan ser requeridos en cualquier momento durante el ingreso del paciente en dicha unidad, debe saber mantener la calma porque en cualquier momento puede surgir una urgencia, la cual tiene que ser atendida de inmediato, puesto

que puede ser determinante para que el paciente ingresado no fallezca o sufra posteriores complicaciones debido a no actuar de manera inminente.
La unidad de cuidados intensivos se encuentra en un espacio específico del hospital y cumple una serie de requisitos estructurales, funcionales y organizativos. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de cuidados intensivos tiene que asegurarse de que en todos los puestos donde va a permanecer el paciente (box) exista el material necesario para asistirlo, antes de que vaya a ser o bien dado de alta o ingresado, ya sean soporte respiratorio, bomba de alimentación, ambú, así como los diversos materiales necesarios para la cura que el enfermo precise.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del TCAE en la UCI

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La unidad de cuidados intensivos UCI es un servicio cerrado dentro del hospital en el cual se atiende a los pacientes en estado crítico, los cuales son susceptibles de recuperación, por lo que hay que tener unos cuidados especiales hacia ellos y estar las veinticuatro horas vigilados tanto por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería TCAE como del resto del equipo de enfermería. Dichos pacientes están totalmente monitorizados para conocer en todo momento sus constantes vitales, el técnico en cuidados auxiliar de enfermería TCAE que trabaja en la unidad de cuidados intensivos debe saber interpretar los parámetros que aparecen en los monitores que registran las constantes vitales, así como hacer la lectura cada cierto número de horas de las secreciones expulsadas por las sondas, en caso de que el paciente ingresado las tuviera y registrarlas en la gráfica

correspondiente para así tener un control absoluto durante todos los turnos del resto del equipo de enfermería y médicos.
El técnico en cuidados auxiliar de enfermería TCAE tiene que ayudar al aseo del paciente ingresado en UCI junto con la ayuda del celador y del equipo de enfermería, asistiendo a este último en todo lo que sea necesario para sus curas y movilizando al paciente teniendo en cuenta cuál sea su estado y dependiendo de por qué este ingresado en la unidad de cuidados intensivos UCI.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería TCAE junto con el resto del equipo de enfermería tiene que seguir de manera estricta las órdenes prescritas por el médico responsable del paciente al que están atendiendo.
Otro de los papeles del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es dar apoyo psicológico tanto al paciente ingresado como a los acompañantes del mismo.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería que trabaja en el servicio de UCI debe de saber reaccionar ante cualquier situación que pueda darse y que requieran una atención rápida y precisa; para ello debe de tener unos conocimientos previos y muy importante saber mantener la calma y no entrar en estado de pánico avisando en todo momento de cualquier alteración que perciba en el paciente al resto del equipo de enfermería.
Es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que trabaja en la UCI sea una persona cercana, organizada, amable y tenga mucha empatía tanto con el paciente ingresado como con los familiares que vayan a visitarlo.

Capítulo 138

LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

ROSA MARÍA SERRANO FUENTES

CONSUELO CORCOLES LÓPEZ

TERESA LOPEZ ALVAREZ

ANGELA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

M.DEL PILAR GONZALO ANGULO

1 Introducción

En el servicio de traumatología es donde se encargan de valorar y tratar que lesiones ha sufrido el aparato locomotor, dicho aparato es el responsable de generar las respuestas de nuestros músculos, las cuales son ordenadas por el sistema nervioso. El técnico en cuidados auxiliar de enfermería (TCAE) tiene un papel fundamental en este servicio, ya que ayuda a que se cumplan todas las labores para el buen funcionamiento de dicho servicio.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es de vital importancia en el servicio de traumatología, puesto que se asegura de que el paciente reciba la atención necesaria, se encarga de que se lleven a cabo todos los cuidados que

necesite en cada momento el paciente, hay pacientes que son completamente dependientes y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe de hacer los cambios posturales cada 4 horas para evitar que aparezcan las úlceras por presión, hacer los cambios de pañales o acompañarle al baño.
Además de todas las funciones descritas anteriormente, el técnico en cuidados auxiliar de enfermería TCAE también debe dar un apoyo psicológico y orientar y darle información al paciente y a los acompañantes del mismo del tratamiento que le haya puesto el facultativo pertinente.

2 Objetivos

Dar a conocer la función del TCAE en el servicio de Traumatología

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe de estar familiarizado con todas las lesiones, operaciones o patologías que puedan darse en este servicio de traumatología, para de esta manera, saber cómo movilizar al paciente o cómo actuar en cada caso.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) también debe de ocuparse del aseo y la limpieza del paciente, con el fin de que este tenga el mejor bienestar posible.
También el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe encargarse de la limpieza y ordenar el material que se ha utilizado en esta unidad, dejándolo totalmente limpio, desinfectado y equipado para el próximo paciente que vaya a ser ingresado en este servicio.
El técnico en cuidados auxiliar de enfermería (TCAE) junto con el resto del equipo de enfermería o equipo médico debe de ayudar a colocar o fijar al paciente de la forma ideal dependiendo del tratamiento que vaya a llevar a cabo.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) también debe de ayudar a vestir y desvestir al paciente ingresado en la unidad de servicio de traumatología cuando el tratamiento que se le vaya a llevar a cabo lo requiera.
Es muy importante el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de traumatología, ya que todas las actividades que realiza facilitan las funciones posteriores del médico y del resto del equipo de enfermería.
Una de las funciones que debe realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), la cual es muy importante es darle apoyo psicológico y pautas a seguir (según haya prescito el facultativo pertinente) tanto al paciente como a los familiares que le acompañen. Debe fomentar la adherencia al tratamiento descrito para su pronta mejora o paliar los síntomas

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo se llega a la conclusión de que todo técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de tener unos conocimientos previos en cuanto a cómo mover a un paciente dependiendo de la operación que se le haya realizado, lo cual es muy importante, ya que si se realiza de cualquier manera puede ser perjudicial incluso podría llegar a tener que volver a ser intervenido.
El papel fundamental del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en este tipo de pacientes es el ofrecerle el mayor bienestar posible durante su ingreso, ofreciéndole su ayuda, tanto en el aseo como en cambios posturales o en el acompañamiento al baño en caso de necesitarlo.

Capítulo 139

LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

FATIMA LAYACHI HAMADI

1 Introducción

Los auxiliares de enfermería o técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que trabajan en la farmacia hospitalaria van a ser el personal responsable de asegurarse, dispensar y evaluar todos los medicamentos que van a ser dados a los pacientes que se encuentran hospitalizados, así como de revisar el almacenamiento, el inventario y las fechas de vencimiento de los diferentes fármacos de la farmacia hospitalaria. El TCAE de la farmacia hospitalaria también tendrá la responsabilidad de preparar y revisar los diferentes tipos de medicamentos para las distintas áreas del hospital. Otra labor importante del auxiliar de enfermería será reenvasar los medicamentos, marcando el lote y la fecha de caducidad del fármaco. La función que va a desempeñar el auxiliar de enfermería o TCAE dentro de la farmacia hospitalaria es muy importante porque se va a encargar de gestionar la preparación y distribución de todos los medicamentos para el centro sanitario, por último, también se encargará de que los pacientes hagan uso de los medicamentos.

En la farmacia de un centro hospitalario no solo van a trabajar los auxiliares de enfermería o TCAE, sino también van a desempeñar funciones otros profesionales como los farmacéuticos, cuya función será por ejemplo realizar fórmulas,

dispensar ciertos medicamentos a los pacientes que acuden a la farmacia hospitalaria, etc.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las principales funciones que va a desempeñar un auxiliar de enfermería que trabaja en la farmacia hospitalaria.

3 Metodología

Para poder realizar este capítulo de libro se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicos tales como: Medline, Cuiden y Scielo. También se ha hecho una búsqueda por diferentes páginas Webs de Internet. Para hacer la búsqueda se emplearon las siguientes palabras claves: Auxiliar de Enfermería, TCAE, Farmacia Hospitalaria, Funciones del Auxiliar de Enfermería en la Farmacia Hospitalaria, etc.

4 Resultados

Los TCAE o auxiliares de enfermería que trabajan en la farmacia de un hospital van a tener muchas responsabilidades, ya que van a realizar una gran cantidad de funciones, las cuales siempre van a estar supervisada bajo la supervisión de un farmacéutico. Algunas de las diversas funciones que va a tener que realizar y desempeñar un auxiliar de enfermería o TCAE que trabaja en la farmacia hospitalaria son:

- Revisar la recepción del material y el inventario.
- Satisfacer las necesidades del hospital y de los pacientes para el correcto uso de los medicamentos.
- Preparar todos los materiales que sean necesarios.
- Asegurarse del almacenamiento de los medicamentos y distribuirlos a los diferentes pacientes.
- Preparar, almacenar y hacer un seguimiento de todos los agentes citostáticos.

.- Preparar los medicamentos de cada uno de los pacientes que se encuentran hospitalizados.

-Comprobar la fecha de caducidad de los medicamentos.

-Surtir de medicamentos a los diferentes servicios y plantas del hospital.

-Limpiará todos los equipos utilizados en la farmacia del hospital.

-Mantener los medicamentos a una temperatura adecuada, ya que algunos medicamentos deben conservarse en frío.
-Reenvasar los medicamentos que no tengan lote o fecha de caducidad.
-Preparar todo aquello que le pidan.
Además del auxiliar de enfermería o TCAE en la farmacia hospitalaria van a trabajar: enfermeras/os, farmacéuticos y administrativos, los cuales trabajaran en equipo debido al gran peligro que existe tener que saber, manejar y administrar tantos medicamentos a diferentes pacientes del hospital. Por último, es muy importante saber que as funciones que van a hacer los auxiliares de enfermería o TCAE en las farmacias hospitalarias son muy importantes, ya que tendrán la responsabilidad de gestionar la preparación y distribución de los diferentes medicamentos de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y para finalizar con este capítulo, las TCAE que trabajan en la farmacia hospitalaria deben de asegurarse de que todo lo que se dispense de medicación este correctamente y si ven algo fuera de lo normal se lo comentará a sus superiores, ya que cualquier error puede tener graves consecuencias tanto para el paciente como para el profesional. El trabajo en equipo y la capacidad de trabajar bien también son muy importantes, lo cual es una parte muy importante de la mayoría de las tareas que se van a realizar en este servicio. Por otro lado, en la farmacia, el papel del TCAE es importante, porque sin él el almacén no puede funcionar plenamente.

6 Bibliografía

1. Sicepa. Importancia del técnico en cuidados Auxiliares de enfermería en la Farmacia Hospitalaria [Internet]. Disponible en: https://congresosicepa.com/tcae-farmacia-hospitalaria/.

Capítulo 140

LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PARTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ELENA MOLINERO VEGA

1 Introducción

El parto es el proceso por el que se produce el nacimiento del bebé y, por tanto, supone el fin del embarazo. Aunque la forma natural es el parto vaginal o eutócico (sin intervención médica), también hay muchos partos distócicos, siendo el más común el parto por cesárea.
La duración del parto depende de cada nacimiento, pero aproximadamente dura entre 6 y 15 horas. El parto comienza con las primeras contracciones hasta que se produce la dilatación del cuello uterino y con ello su longitud se acorta.
Entre el personal sanitario de la unidad de paritorio, se encuentra el TCAE, que desempeña varias funciones en la sala de partos.

2 Objetivos

Exponer las principales funciones desempeñadas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en todo lo que concierne al proceso del parto en sus distintas fases.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica avanzada, metódica y en profundidad en diferentes fuentes y bases de datos de información científica, tales como revistas científicas, comunicaciones, tanto online como en formato libro (PubMed, Scielo, Medline).
Se han incluido todos aquellos artículos que cumplían los criterios de inclusión establecidos basados en los descriptores de ciencias de la salud.

4 Resultados

Una vez que la paciente ingrese en la unidad, el TCAE la acompañará a la sala de dilatación donde la acomodará y le explicará el procedimiento a seguir.
Cuando llegue el momento del parto, el TCAE deberá de haber acondicionado el paritorio.
Una vez que la paciente llegue al paritorio, con la ayuda del celador, se colocará de forma adecuada para proceder a dar a luz. En el paritorio estará la matrona, el TCAE y, si fuese preciso, el ginecólogo.
El auxiliar de enfermería deberá de conocer el nombre de todo el instrumental que pueda utilizarse, para facilitárselo al equipo sanitario.
Son varias las funciones que el TCAE debe desempeñar en la sala de partos: a) Preparar y comprobar los equipos y el material de la mesa de partos. b) Preparar el campo estéril con todo el material necesario. c) Preparar el equipo necesario para proceder a asistir al anestesista a la hora de poner la epidural. d) Para el recién nacido: paño estéril, con gasa, pinza curva y pinza para el cordón umbilical. e) Preparación del material para la realización del PH si fuese necesario. f) Revisión del carro de paradas. g) Tendrá que preparar la cuna que recibirá el neonato. h) Tendrá preparada la incubadora por una posible utilización.

En todo momento el T.C.A.E. ayudará en todas aquellas labores que la matrona o ginecólogo necesiten.
Una vez finalizado el parto, se procederá a recoger todo el material, se limpiará y se enviará a esterilización. Las sábanas y material de lencería utilizado en el parto se enviará a lavandería y, cuando el equipo de limpieza haya terminado, se procederá a reponer todo el material necesario par dejar el paritorio preparado para el siguiente parto.
La madre, junto con el bebé y la pareja, serán trasladadas durante un par de horas a la sala de dilatación para mantenerlos en observación. Se comprobará las

constantes a la madre y se examinará que no tenga un sangrado abundante.
Se le aconsejará a la madre sobre la lactancia materna, y una vez haya tomado una decisión sobre la alimentación que le quiere ofrecer a su hijo, se le ayudará en el inicio del proceso.
Transcurrido el tiempo que tiene que permanecer en la sala de dilatación una vez haya finalizado el parto se le dará el alta en el servicio y se realizará el traslado a la planta de maternidad.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede potenciar la capacidad de las madres para superar los inconvenientes en el puerperio. En muchas ocasiones será una nueva etapa para la paciente, por lo que el auxiliar de enfermería deberá de mostrarse cercano, ser empático e intentar resolver todas sus dudas y necesidades tanto de la paciente como acompañantes.
Las funciones que realiza el TCAE son fundamentales para que el equipo médico, junto con el de enfermería, atiendan a la parturienta. El objetivo principal es finalizar el embarazo de forma adecuada y sin complicaciones y garantizar el buen estado de salud, tanto de la madre como del recién nacido.

6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov/spanish.
2. https://www.who.int.
3. https://ddd.uab.cat/pub/tesis.
4. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
5. https://www.scielo.org/es/.

Capítulo 141

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE ONCOLÓGICO OSTOMIZADO

YOANA PARAPAR MURIAS

1 Introducción

La ostomía es la comunicación entre órganos o vísceras y la pared abdominal, aumentando así la posibilidad de avocar hacia el exterior los desechos del organismo, son muy habituales las que conectan el intestino delgado o el intestino grueso a la pared abdominal. Son aberturas quirúrgicas que se realizan en la piel cuando una parte del cuerpo no funciona bien o cuando hay que dejar que se recupere después de una intervención quirúrgica. Las ostomías pueden ser temporales o definitivas, las temporales se realizan mientras una parte de nuestro cuerpo se recupera de una intervención quirúrgica o durante una enfermedad diverticular o enfermedad de Crohn, las permanentes son las que se realizan y quedan definitivamente ya sea porque se ha eliminado un trozo de recto, ano o colon causado por una enfermedad o como consecuencia de esta.
Las ostomías más comunes son:
-Ileostomía
-Colostomía
-Urostomía
Para el paciente sentirse cómodo con una ostomía tiene que pasar un tiempo, ya que hay que asimilar que la orina o los desechos van a ser eliminados a una bolsa

que debemos cambiar, sobra decir la dificultad spicológica que va a padecer el paciente oncológico ostomizado, no solo tiene que aprender a convivir con una larga y dura enfermedad sino que también los duros cambios que sufre su cuerpo y las terribles consecuencias de esta.

2 Objetivos

-Crear un conducto desde el intestino delgado o grueso para que se expulse al exterior los gases y las heces, mientras los intestinos se recuperan de una intervención.
-Para eliminar al exterior las heces después de la extirpación de parte del colon y de manera definitiva cumpliendo de esta manera la función del colon.
-Eliminar la orina cuando tenemos una enfermedad en la vejiga no pudiendo realizar de esta manera realizar su función bien por extirpación de la misma o para dejar que se recupere después de una intervención quirúrgica.

3 Caso clínico

Hombre de 48 años con cáncer de colon al que después de dos intervenciones quirúrgicas tiene que extirparle por completo la parte inferior del mismo, por lo que los cirujanos le realizan una colostomía definitiva. En planta y tras notificarle las técnicas realizadas informándole así que la colostomía irreversible que se le ha practicado entra en un estado de ansiedad en el cual hace saber al equipo presente en la habitación lo poco que sirve su vida, lo marginado que se ve con respecto al resto de personas, recrimina duramente al personal sanitario estar muerto en vida, ya que cree que su pareja lo dejará tras esta nueva situación. El tratamiento psicológico que recibe los días posteriores y a diario, el apoyo por parte de las TCAE que durante el aseo le van haciendo ver que una colostomía solo es una manera diferente de hacer las cosas el cuerpo una vía nueva de eliminar las heces, que debe de mantener una higiene diaria y minuciosa del osteoma, secándolo muy bien para que no quede humedad residual, que nunca debe dejar que la bolsa se llene por completo de heces, etc. Se le explica que su alimentación va a sufrir unas pequeñas variaciones, ya que el osteoma tarda unos dos meses en curar, al igual que la ropa se le aconseja que esta no comprima en exceso la bolsa, se le hace ver como las bolsas que se utilizan no se aprecian debajo de la ropa por lo que nadie va a saber que lleva una puesta. Tras varios días de cuidados personalizados por parte de enfermería y TCAE, el paciente empieza el mismo con presencia de enfermería a realizar sus propios cuidados del osteoma y colocación de la

bolsa colectora. Al alta el paciente seguirá con sus terapias psicológicas, ya que la colostomía al final solo es una consecuencia de su principal causa que ha sido el cáncer de colon.

4 Discusión-Conclusión

Dependiendo de las circunstancias que hayan llevado a la toma de decisión de poner una ostomía al paciente, se debe trabajar con él la ansiedad que en muchos casos le va a producir tener una bolsa en la cavidad abdominal por la que eliminara ya bien sea la orina o las heces, es muy importante el apoyo psicológico que reciba por parte del personal sanitario desde enseñarle a cuidar y limpiar el osteoma, colocar la bolsa colectora, aceptar que una ostomía no lo separa en absoluto de su vida y sus relaciones sociales, simplemente tiene que aprender a convivir con una nueva situación sin que esta le impida llevar una vida normal, que va a poder salir, ir de vacaciones, trabajar, etc.

5 Bibliografía

-https://www.enfermería21.com
-https://www.revista-portalesmédicos.com
-https://revistamédica.com
-https://www.cancer.org

Capítulo 142

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PARITORIO

MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE

MIRIAN CALERO MORENO

MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ

NICOLETA TALPA

MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS

1 Introducción

La palabra paritorio se define como sala o lugar acondicionado donde tiene lugar el parto.
En los últimos años los paritorios han estado en constante evolución de manera que cada vez sea mas cómodo e íntimo el parto de la mujer.

Hemos pasado de salas frías y sin ningún tipo de comodidad a estancias cada vez mas cómodas tanto para la mujer que va a tener próximo el parto como para el familiar que la acompaña.

De este modo empezamos a encontrar paritorios acondicionados con todo tipo de elementos para facilitar el parto como pelotas, música, etc. incluso bañeras para que cualquier mujer que lo desee pueda realizar el parto en el agua.

En el paritorio tendrá lugar el parto desde el principio hasta el final pasando por las tres etapas que lo componen las cuales son dilatación, expulsión y alumbramiento.

En dicha sala la mujer estará acompañada en todo momento del TCAE ,por lo cual este tiene un papel primordial en la mujer que va a dar a luz y también en el familiar que la acompaña.

A día de hoy se sigue trabajando en todos los hospitales a nivel mundial para mejorar dichas salas y también para que los equipos que trabajan en ellas sean cada vez mas profesionales.

2 Objetivos

El objetivo principal del TCAE en estas salas hospitalarias llamadas paritorios es la atención continua de la mujer parturienta y de su familiar si lo precisa ,y una vez finalizado el parto ,la atención del recién nacido, resumiendo todo lo dicho anteriormente en los siguientes puntos.

-Explicar e indicar a la paciente todos los pasos a seguir para minimizar el miedo y la ansiedad que puede provocar el parto, también estaría presente el familiar que la acompaña.

-Respetar la intimidad en todo momento dejando que siga sus propios métodos de concentración , supervisada siempre por el TCAE.

-Estar a disposición del paciente y del familiar para cualquier miedo o duda que pueda surgir durante la estancia en el paritorio.

-Dar todo el confort necesario tanto a la madre como al recién nacido todo el tiempo que estén en dicha sala hasta pasar a la planta correspondiente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del TCAE en la sala de partos o paritorios son varias y todas son sumamente importantes.

Con el paso de los años el papel del TCAE ha ido tomando fuerza en prácticamente todas las áreas hospitalarias pero en especial en el paritorio ,ya que la función del TCAE es imprescindible al estar mano a mano con la matrona y en algunas ocasiones es necesario contar con la ayuda del ginecólogo, por lo que el TCAE tiene que tener muy claras sus funciones, las cuales enumeramos en los siguientes puntos:

-Ubicar al paciente desde la entrada al paritorio asignándole la sala de dilatación correspondiente aportándole todo lo necesario para su estancia (camisón, toallas, esponjas) y explicándole el funcionamiento y los pasos a seguir y por quien va a ser atendido.

-Se le tomarán las constantes siempre que sé necesario y se ayudará a la matrona a palparla cada vez que lo considere.

-Una vez haya terminado la fase de dilatación se pasará a la sala de partos y allí con ayuda del celador se pasará a la silla vulgarmente llamada potro, donde se procederá a la fase de alumbramiento.

-Dentro de la sala de partos estaremos mano a mano con la matrona, siguiendo sus indicaciones en todo momento.

-Antes del paso al paritorio de la paciente lo habremos preparado con el material estéril correspondiente (láparos) habiéndolo colocado en la mesa de partos en el orden que corresponde.

-También tendremos preparado todo lo necesario para la llegada del recién nacido (pinza curva, pinza del cordón umbilical, paño estéril, etc)

-La cunita estará preparada para la llegada del recién nacido con la temperatura correspondiente, con las sondas de aspiración comprobadas por si fuera necesario utilizarlas.

-Una vez ha nacido el bebé y ha estado piel con piel con la madre se procede a ponerle la pulsera de identificación se lava y se pone en la cunita caliente y se siguen todas las pautas que indique la matrona.

-Por último se pasara al recién nacido y a la madre a la sala que estuvieron anteriormente y se avisa a la familia que pudiera estar esperando.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión a este capítulo diremos que el TCAE debe estar formado tanto para un parto fácil y sin complicaciones como para cualquier parto que se pueda complicar, sabiendo la respuesta en todo momento a cualquiera de las situaciones que pudieran surgir.
Como buen profesional el TCAE dará todo el apoyo necesario al paciente y al familiar en este proceso de la vida tan íntimo y especial del cual por nuestra profesión formamos parte.
Por último el papel del TCAE cada vez va cogiendo mas importancia y es completamente imprescindible en este área y en cualquiera de las áreas hospitalarias.

6 Bibliografía

· Revista-portales médicos.com
· Prezi.com
·Revista médica.com

Capítulo 143

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ANCIANO DEPRESIVO

NICOLETA TALPA

MIRIAN CALERO MORENO

MARIA DEL CARMEN HUERTA RUS

MARIA DEL CARMEN CALERO ORTIZ

MARIA DELFINA PEREZ GARCIA-CONDE

1 Introducción

La depresión es un síndrome o un conjunto de síntomas que afectan principalmente al ámbito de una persona. De esta forma, la tristeza patológica, la irritabilidad y el trastorno del humor pueden causar una pérdida en el rendimiento de una persona. La depresión está relacionada con la salud física.
Las personas mayores son mucho más vulnerables porque se enfrentan a muchos cambios en sus vidas. Pueden perder la independencia por alguna enfermedad y se tienen que cambiar de domicilio para vivir con alguno de sus hijos o ingresar en alguna residencia de mayores. Por lo tanto, pueden sufrir episodios, síntomas o cuadros depresivos. De hecho, la depresión junto con la demencia está considerada la enfermedad mental más frecuente en los ancianos hasta los 75 años.

Dependiendo de la circunstancia de si los ancianos están hospitalizados o están viviendo en residencias, con el tratamiento adecuado y junto con la atención y los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) podemos conseguir muchos objetivos:
- Individualizar el problema de cada uno y así podríamos evitar el aislamiento.
- Dar apoyo emocional, animarlos a pasar tiempo en actividades que les motiven y que los hagan disfrutar como leer, dibujar, cantar…
- Insistir que no deje de tomar la medicación aunque, cuando aparentemente esté mejor, no dejar de vigilarlos.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en relación con el anciano depresivo.

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 han consultado varias páginas web de las principales organizaciones internacionales respecto al tema en cuestión y se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, consultando artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, y seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, para garantizar los resultados fiables y saber exactamente cómo actuar en relación con el anciano depresivo.

4 Resultados

Después de varios estudios, se ha descubierto que los factores genéticos y familiares influyen en la depresión del anciano.
El estrés psicosocial como pérdida de algún ser querido, la soledad y la pobreza pueden ser los desencadenantes de la depresión en el anciano.
Entre los hombres se demostró una asociación entre la depresión y la falta de algún ser querido para conversar, como la pérdida de su pareja o de algún amigo. Entre las mujeres esta enfermedad se asoció con la pérdida de un hijo/hija o por la falta de visitas, la soledad.
Hay varios tipos de depresión en las personas mayores:

- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno depresivo persistente.
- Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos.
- Trastornos depresivos debido a una afección médica.

Hay una evaluación de escala geriátrica donde los mayores expresan el grado de satisfacción, la calidad de vida y sus sentimientos: El test de Yesavage.

Los Auxiliares de Enfermería se encargan de los cuidados más básicos vinculados a la alimentación y la higiene del paciente, por lo tanto, tienen que facilitar la comunicación, evitar su aislamiento y es importante una adecuada relación. En primer lugar, deben hacerle colaborar en su aseo, también consiguen cercanía preguntándoles por sus preferencias a la hora de alimentarse… Para lograr aumentar la autoestima es conveniente decirles palabras gratificantes cuando hacen un progreso, aunque sea mínimo. Es importante ayudarles a encontrar motivos de satisfacción para subirles el estado de ánimo en cualquier momento, fomentando la participación del anciano en el proceso curativo.

Tenemos que evitar frases inadecuadas o mensajes indirectos que les puedan traer malos recuerdos y ponerlos tristes.

El tratamiento de la depresión será personalizado:

- Tratamiento farmacológico donde se utilizan antidepresivos, ansiolíticos…
- Con la psicoterapia se ofrece más seguridad y apoyo emocional y se enseña a prevenir las posibles recaídas.

5 Discusión-Conclusión

Se destaca la importancia de prevenir e identificar cuanto antes la depresión.

Con el tratamiento adecuado, aplicar los conocimientos y las técnicas correctas podemos mejorar la calidad de vida de los ancianos con depresión.

La depresión es muy difícil de tratar en las personas mayores por muchas causas, por factores sociales, según la causa que lo ha hecho tener esta enfermedad o por culpa de otras enfermedades que puedan tener. Si los ancianos depresivos no se curan a tiempo, esta enfermedad puede causarles otros problemas de salud física y mental, aumentando también las probabilidades de querer suicidarse.

En definitiva, la labor del TCAE es muy importante dentro del servicio del cuidado del anciano depresivo.

6 Bibliografía

1. https://revistamedico.com.

2. www.who.int:Depression.

Capítulo 144

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL

SOURAYA AHSAINI AHMED

MERIEM BENAISA MOHAMED

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital, o también conocida como UCI, va a constar de unas infraestructuras y profesionales sanitarios que se van a encargar de brindar al paciente una asistencia interdisciplinaria suficiente en las diferentes áreas específicas del hospital. Por lo tanto, la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital o UCI es un servicio del hospital que va a estar aislado de otros servicios del centro hospitalario.

En la Unidad de Cuidados Intensivos o UCI de un hospital todos los profesionales, incluido el TCAE que trabaja en este servicio, debe saber trabajar con el resto de los profesionales de este servicio en equipo. Las funciones que van a realizar todos estos profesionales junto con el TCAE en la UCI van a ir dirigidas y desarrolladas de acuerdo con el estado en el que se encuentre el paciente.

El personal médico, los profesionales de enfermería y los técnicos de enfermería van a tener la función de trabajar diariamente de una manera dura y bajo mucha presión, ya que tratan con pacientes cuya vida corre peligro.

Este servicio es uno de los más estresantes del hospital y donde los profesionales sanitarios sufren más tensión y ansiedad con respecto a otros servicios del hospital.

2 Objetivos

Conocer las funciones que va a tener que desempeñar un Auxiliar de Enfermería o TCAE en la Unidad de Cuidados Intensivos 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.,

4 Resultados

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un lugar donde van a ingresar solamente pacientes que se encuentran en una situación muy crítica, por lo que van a requerir y necesitar una atención especializada por parte de todos los profesionales sanitarios que trabajan en la unidad de cuidados Intensivos (UCI) del hospital.
El cuidado que van a necesitar estos pacientes que acuden a este servicio del hospital muchas veces está relacionado con la gravedad del problema que tenga el paciente, ya que no todos los pacientes que llegan a esta unidad de cuidados intensivos tienen el mismo nivel de gravedad y no todos los pacientes van a requerir la misma atención por parte de los profesionales sanitarios de este servicio durante toda la estancia hospitalaria. Las principales funciones que va a desempeñar un TCAE que trabaja en la unidad de cuidados intensivos (UCI) son:

1-Reponer el material en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
2-El TCAE tendrá la función de encargarse de limpiar y desinfectar en cada turno y cada vez que un paciente sea dado de alta de la unidad de cuidados intensivos (UCI).
3-Anotar la diuresis que realiza el paciente.

4-El TCAE o auxiliar de enfermería se encargará de tomarle la saturación de oxígeno, tensión arterial, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca.
5-Tomar la temperatura al paciente y registrarla en una hoja de registros.
6-El TCAE tendrá la función de encargarse de limpiar y desinfectar en cada turno y cada vez que un paciente sea dado de alta de la unidad de cuidados intensivos (UCI).
Los TCAE o auxiliares de enfermería que trabajan en una unidad de cuidados intensivos (UCI) se van a encargar de dar una atención a los pacientes de una manera más especial que la que se da en cualquier planta del hospital.
Por último, los TCAE harán frente junto a otros profesionales sanitarios a los problemas de salud de los pacientes que se encuentran en un estado crítico y que van a exigir una vigilancia constante.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y para terminar, el papel que va a desempeñar el auxiliar de enfermería que realiza su trabajo en la unidad de cuidados intensivos de un hospital (UCI) es muy importante y necesario hoy en día, ya que va a servir para ayudar a los demás profesionales sanitarios que trabajan en este servicio del hospital (celadores, enfermeros, médicos). Los TCAE que trabajan en este servicio del hospital son muy importante para todos los profesionales que trabajan en esta unidad como para los pacientes ingresados en la unidad.
Por ello, para que el paciente ingresado en la UCI se recupere es importante que todos los profesionales sanitarios trabajen en equipo.

6 Bibliografía

1. Investigación R. El tcae en UCI (unidad de cuidados intensivos). [Internet]. Encontrado en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tcae-en-uci-unidad-de-cuidados-intensivos/.
2. Ocronos R. Funciones de la TCAE EN UCI [Internet]. Encontrado en: https://revistamedica.com/principales-funciones-tcae-uci/.

Capítulo 145

RIESGO DE APARICIÓN DEL ESTRÉS EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL.

CINTHYA MORO FERNÁNDEZ

MANUELA PRADOS CANO

LUCÍA GARCÍA GONZÁLEZ

RAQUEL SOLIS LOPEZ

ENMA SUÁREZ ALONSO

1 Introducción

Los aspectos de riesgos profesionales tradicionalmente estudiados por los servicios de prevención de riesgos laborales han sido fundamentalmente temas relacionados con la seguridad en el trabajo, la higiene y la ergonomía del mismo. Los aspectos relacionados con los riesgos psicosociales fueron los grandes olvidados, a los que no se les consideraba como una prioridad.

Solo a final del siglo pasado, los servicios de prevención de riesgos laborales comienzan a tener en cuenta y a preocuparse por los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo o como consecuencias de una actividad laboral.

Dentro de los riesgos psicosociales mencionados podemos reconocer aspectos como el estrés, el acoso laboral, el desgaste profesional, el conflicto trabajo-familia, el trabajo emocional, etc., que representan un importante número dentro de los factores de riesgos laborales.

El estrés laboral, ocupa en este grupo de factores psicosociales, un importante registro, y dentro de las definiciones disponibles ofrecida por la OMS (Organización Mundial de la Salud) podemos señalar que representa "un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a situaciones ocupacionales que no se corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades".
Los equipos de prevención de riesgos laborales recientemente iniciaron a tomar acciones y resoluciones en el fenómeno tratando de prevenir esta negativa situación del personal sanitario hospitalario.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro trabajo es identificar y conocer la situación del fenómeno del estrés en los profesionales del hospital.

3 Metodología

Se realiza una revisión documental bibliográfica de estudios y trabajos sobre el estrés y sus consecuencias en los trabajadores del hospital, seleccionado en páginas de internet y bases de datos como Dialnet, Scielo, Google académico, Lilacs, etc.
La búsqueda se realizó entre el 20 diciembre 2022 y el 15 abril de 2023. El periodo de publicaciones seleccionadas se limitó al intervalo de tiempo desde año 1995 y año 2022.
Una vez obtenida la colección bibliográfica, se eliminan los trabajos con duplicidad y al resto de la selección se le aplican unos criterios de inclusión/exclusión, resultando finalmente los 9 trabajos elegidos para este estudio.

4 Resultados

Como principales observaciones, después de esta revisión bibliográfica, podemos decir que el nivel de estrés encontrado en los trabajadores de los hospitales es un nivel moderado, en progresión a alto, con un efecto negativos sobre la salud de estos profesionales.
Otra observación obtenida es que este nivel o grado de estrés tiene una importante variabilidad entre las distintas unidades o secciones dentro del centro sanitario, y que depende con influencia de las áreas estudiadas, de las condiciones de

trabajo y sobre todo del apoyo y colaboración de los superiores y compañeros.
Así, podemos diferenciar dentro de un mismo centro sanitario las áreas estresantes con un ambiente físico del puesto de trabajo mal diseñado, donde encontramos unas condiciones ergonómicas escasas, etc., que pueden generar un ambiente de trabajo negativo, y las áreas no estresantes donde, por lo contrario, es controlada la carga de trabajo, con unas características organizativas con participación del personal, etc.
Los principales grupos profesionales afectados por situaciones de estrés en el trabajo son el colectivo médico principalmente, seguido por enfermería. Parece ser que los aspectos de responsabilidad, la toma de decisiones importantes, muchas veces urgentes, aporta una connotación indicadora de aparición del estrés.
En cuanto a las consecuencias producidas por esa situación de estrés crónico en los profesionales, podemos reconocer la aparición y presencia de alteraciones físicas, como trastornos musculo-esqueléticos, alteraciones psicosomáticas, digestivas, etc., y psicológicas que pueden ir desde cefaleas, hasta depresión y burnout y cansancio emocional.
Estos últimos años el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabaja parece haber entendido la gravedad de la situación y ha elaborado alguna iniciativa y recomendación institucional relacionadas con la prevención de situaciones laborales que favorezcan la aparición del estrés en el desarrollo de la actividad profesional de los trabajadores de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos psicosociales son los aspectos muy olvidados hasta el siglo pasado por los equipos de prevención de riesgos laborales.
En el sector sanitario, el grado o nivel de estrés laboral es medio-alto, y son muchas las situaciones laborales generadoras de aparición del fenómeno de estrés entre sus trabajadores.
Variados y diversos son los condicionantes que favorecen la aparición de situaciones de estrés entre los profesionales del hospital, y van desde la estructura física de las instalaciones, hasta la capacidad organizativa del equipo, sin olvidar la carga de trabajo de la unidad o sección.
Las principales consecuencias del estrés en los profesionales que lo sufren son a nivel físico trastornos musculares, alteraciones digestivas, etc., y a nivel psicológico observamos alteraciones emocionales, cansancio mental, pudiendo llegar hasta padecer el síndrome de burnout.
Parece que las autoridades laborales comenzar a tomar nota de la envergadura

del problema y iniciaron la toma de medidas, en principio institucionales sobre el asunto.

6 Bibliografía

Míngote Adán C, Gálvez Herrer M. El estrés del médico. Masdermatología. 2011; 15:16-19.

Diaz A, Feldman. Validación preliminar del cuestionario de estrés laboral (desbalance/esfuerzo-recompensa) en una muestra de trabajadores de la salud venezolana. Ciencia&trabajo.2010. nº 36 320-326.

Palacios ME, Paz MP. Estrés y manifestaciones psicosomáticas en médicos de la ciudad de México. 1º Congreso Internacional y 4º Foro De las Américas en Investigación sobre factores psicosociales, estrés y salud mental en el trabajo. Oct 2012. Bogotá.

Colunga-Rodriguez AC, Enriquez-Hernandez CB, Angel-González M, Dominguez -Díaz R. Desarrollo científico enfermero. 2009. Ago. Nº 17(7).

Ros S, Comas A, García-García M. Validación de la versión española del cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRESOMA. Actas españolas de Psiquiatría. 2010, Dic, 38 (6):345-357.

Mas R, Escrivá V. La versión española de la escala "The nursing stress escale" Proceso de adaptación transcultural. Rev. Esp. Salud Pública vol nº72 nº6 529-538.

Capítulo 146

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON RESPECTO A PERSONAS CON BULIMIA

PATRICIA DA SILVA SÁNCHEZ

1 Introducción

El trastorno alimenticio llamado bulimia o también conocido como bulimia nerviosa es un tipo de trastorno que afecta en la alimentación de la persona y destaca por comportamientos en lo que la persona no tiene hábitos alimenticios saludables.
Esta persona ingiere una gran cantidad de comida en períodos cortos de tiempo, y eso le trae un sentimiento de arrepentimiento, lo que hace que se provoque el vómito o que consuma laxantes para expulsar todo lo ingerido.
La población más vulnerable suelen ser mujeres y es frecuente en lugares como EEUU, América Latina, UE, Australia, etc.
Este trastorno de la conducta alimentaria, empieza en la adolescencia o temprana adultez.
Las causas del desarrollo de la enfermedad suelen ser por la influencia socio-cultural, por la idealización en los medios de comunicación de que los cuerpos perfectos deben de ser delgados y esbeltos o haciendo comparaciones con personajes famosos. También los tallajes de la ropa varían dependiendo del modelo y del fabricante porque unos tallan más grande o más pequeño dependiendo de muchas características.

Por lo que esto para una persona que tenga problemas de autoestima supone mayor influencia negativa, haciendo daño en su salud mental y trayéndole numerosos problemas en su vida diaria.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trastorno de la conducta alimentaria, es saber cuáles son algunas de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

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

Una de las características principales de este tipo de trastorno de la conducta es que la persona experimenta atracones de forma incontrolada, con sentimientos de culpabilidad, angustia, no tienen el control sobre su mente. Puede estar en ayunos o ingerir una cantidad de alimentos muy pequeña, pero vuelve a tener episodios de abuso en la ingesta de alimentos.
El atracón es cuando una persona come en un período de tiempo inferior a dos horas una ración de comida muy superior a la que una persona normal comería. Otra característica a destacar es el comportamiento que tiene para compensar lo comido para evitar subir de peso. Para ello, se inducen o se provocan el vómito, consumen laxantes, diuréticos, se colocan enemas, realizan ejercicio físico de forma incontrolada y luego no comen.
Estos hábitos que adquieren como el provocarse el vómito, consumir laxantes o diuréticos, adquirir métodos para eliminar líquido del cuerpo, realizar actividad

física en exceso, fumar para quitar el hambre, prohibir o eliminar alimentos para bajar de peso.
Este tipo de trastornos de la conducta alimentaria traen problemas de salud a la larga o a corto plazo, dependiendo de la persona como deshidratación, arritmias cardíacas, insuficiencia renal o cálculos renales.
Puede haber dos tipos de bulimia:
-Bulimia purgativa: el paciente se provoca el vómito, consume laxantes o diuréticos, enemas e incluso hasta puede llegar a ingerir huevos de tenia para bajar de peso rápidamente.
-Bulimia no purgativa: el paciente realizar ejercicio físico en exceso o no se alimenta o come pequeñas cantidades de alimento para no acumular calorías en el organismo.

Las funciones que el TCAE puede realizar en personas con trastornos alimentarios son:
-Control de la ingesta de alimentos del paciente.
-Controlar que no se provoque el vómito ni consuma ningún tipo de laxante o diurético.
-Informar y enseñar sobre métodos o hábitos de alimentación saludable.
-Apoyar al paciente durante el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro, se debe de tener en cuenta que este tipo de trastorno de la conducta alimentaria, es una enfermedad de crónica, es decir, que permanece de por vida y la persona puede volver a recaer en cualquier momento de su vida experimentando durante un largo período de tiempo síntomas aun estando con tratamiento.
Los pacientes que más facilidades tienen para recuperarse son las que ponen de su parte y tienen fuerza de voluntad para salir adelante junto con la ayuda del personal sanitario siguiendo las indicaciones del médico y acudiendo a las terapias para lograr su recuperación.

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 2023-07-10]. 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 10 jul. 2023.

Capítulo 147

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LA RECOGIDA DE LA DIURESIS POR TURNO DEL PACIENTE INGRESADO EN PLANTA

FRANCISCA GONZÁLEZ BLESA

MARÍA ELENA ARROYO LÓPEZ

MARÍA CRISTINA MARTÍN MAESTRO RUIZ

MARÍA DEL MAR SÁNCHEZ PÉREZ

LAURA DIAZ ARANDA

1 Introducción

La recogida de diuresis por turno en una planta hospitalaria se refiere al proceso de recolectar y medir la cantidad de orina que un paciente produce durante un período específico de tiempo, generalmente por turno (mañana, tarde y noche). Esta actividad se lleva a cabo con el fin de obtener información relevante sobre la función renal del paciente y monitorear su balance hídrico.

La recogida de diuresis por turno puede ser especialmente importante en pacientes que presentan afecciones renales, enfermedades cardiovasculares,

trastornos del equilibrio hídrico o que están siendo monitoreados de cerca por su función renal. Estos registros pueden ayudar a evaluar la eficacia de los tratamientos, como diuréticos o terapias de fluidos, y ajustarlos según sea necesario.

Además, la recogida de diuresis por turno puede ser útil para detectar signos de deshidratación o retención de líquidos en los pacientes. La información recopilada se utiliza para evaluar el equilibrio hídrico del paciente y tomar decisiones de manejo adecuadas, como ajustar la ingesta de líquidos o modificar el tratamiento médico.

La recogida de diuresis por turno en una planta hospitalaria es el proceso de recolectar y medir la cantidad de orina que produce un paciente durante un período específico de tiempo. Esta actividad proporciona información esencial sobre la función renal y el equilibrio hídrico del paciente, lo que ayuda en la toma de decisiones clínicas y el monitoreo de su condición.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar las distintas tareas que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en lo referido en el título

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha tenido en cuenta los principales buscadores indexados que son: PUBMED y SCIELO seleccionando después los artículos que más nos ha interesado para plasmar las distintas tareas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en la recogida de diuresis por turno en pacientes ingresados en una planta hospitalaria. Sus funciones están orientadas a garantizar una recopilación precisa y adecuada de la orina del paciente para su posterior análisis y seguimiento. A continuación, se describen las principales tareas del TCAE en relación con la recogida de diuresis por turno.

Preparación del material: El TCAE es responsable de preparar los recipientes adecuados para la recogida de la orina. Esto implica asegurarse de que los recipientes estén limpios, estériles y marcados con las mediciones de volumen necesarias para registrar con precisión la cantidad de orina recolectada.

Explicación al paciente: El TCAE debe explicar al paciente el procedimiento de recogida de diuresis y proporcionar instrucciones claras sobre cómo recolectar y almacenar la muestra de orina. También es importante responder a las preguntas o inquietudes del paciente para garantizar su comprensión y colaboración.

Recolección de la muestra: El TCAE recoge la muestra de orina del paciente de acuerdo con el horario establecido (por turno) y siguiendo las normas de higiene y asepsia. Esto implica utilizar guantes desechables, mantener una técnica aséptica y evitar la contaminación de la muestra durante la recolección.

Registro de datos: Una vez recolectada la muestra de orina, el TCAE registra el volumen exacto y otros datos relevantes, como el color y la apariencia de la orina, en el registro del paciente. Esto proporciona información valiosa para el equipo médico y de enfermería en el seguimiento y manejo adecuado de la función renal del paciente.

Manipulación y transporte adecuados: El TCAE se asegura de manejar la muestra de orina con cuidado y siguiendo los protocolos establecidos. Además, se encarga de etiquetar correctamente la muestra con la identificación del paciente y llevarla al laboratorio para su análisis, siguiendo las pautas de transporte y almacenamiento adecuadas.

Colaboración con el equipo de enfermería: El TCAE trabaja en estrecha colaboración con el equipo de enfermería, brindando información sobre la recogida de diuresis y compartiendo los datos registrados. Esta colaboración permite una comunicación fluida y una atención integral al paciente.

El TCAE desempeña funciones clave en la recogida de diuresis por turno en pacientes ingresados en una planta hospitalaria. Su labor incluye la preparación del material, la explicación al paciente, la recolección de la muestra, el registro de datos, la manipulación y transporte adecuados, así como la colaboración con el equipo de enfermería. Su participación garantiza una recogida precisa y eficiente de la orina del paciente, contribuyendo al monitoreo y manejo adecuados de su función renal.

5 Discusión-Conclusión

La influencia positiva del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la técnica de recogida de diuresis del paciente ingresado es fundamental. Su presencia y colaboración aseguran una ejecución adecuada y precisa de la técnica. El TCAE brinda apoyo al paciente, explicando el procedimiento y brindando tranquilidad. Además, su capacidad para observar y registrar la cantidad y características de la diuresis es crucial para la monitorización del paciente. Su comunicación efectiva con el personal de enfermería permite una evaluación precisa del estado del paciente. La influencia positiva del TCAE contribuye a un entorno de atención integral y seguro, mejorando la calidad de la atención al paciente y facilitando la toma de decisiones médicas basadas en datos confiables.

6 Bibliografía

López, L. Q., & Moreno, J. R. (2019). La delegación en la profesión sanitaria. Ética de los Cuidados.

Capítulo 148

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EXPONE SUS FUNCIONES EN LA RECOGIDA DE UNA MUESTRA DE PARÁSITOS EN HECES

FRANCISCA GONZÁLEZ BLESA

MARÍA ELENA ARROYO LÓPEZ

MARÍA CRISTINA MARTÍN MAESTRO RUIZ

MARÍA DEL MAR SÁNCHEZ PÉREZ

LAURA DIAZ ARANDA

1 Introducción

Los parásitos en heces se refieren a organismos que viven y se reproducen en el tracto gastrointestinal de los seres humanos y se eliminan en las deposiciones. Estos organismos son conocidos como parásitos intestinales y pueden incluir una variedad de especies, como helmintos (gusanos) y protozoos.

Los parásitos intestinales pueden infectar a las personas a través de la ingesta de agua o alimentos contaminados, contacto directo con materia fecal infectada, o por la picadura de insectos vectores que transmiten los parásitos. Una vez dentro

del organismo, estos parásitos pueden habitar el intestino y causar una serie de síntomas, como diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, náuseas y debilidad.

La identificación de parásitos en las heces es fundamental para el diagnóstico y el tratamiento adecuado de las infecciones parasitarias. Los laboratorios de microbiología realizan análisis de las muestras fecales para detectar e identificar los parásitos presentes. Estos análisis pueden incluir la observación microscópica de las heces para identificar los huevos, larvas o segmentos de los gusanos, o la detección de antígenos o ácidos nucleicos específicos de los parásitos mediante técnicas moleculares.

La presencia de parásitos en heces puede ser indicativa de una infección parasitaria activa, y el tratamiento se basa en el tipo de parásito identificado. Los medicamentos antiparasitarios son utilizados para eliminar los parásitos y aliviar los síntomas.

Es importante destacar que la prevención de las infecciones parasitarias en el tracto gastrointestinal es fundamental. Esto implica seguir buenas prácticas de higiene, como lavarse las manos correctamente, consumir alimentos y agua seguros, evitar el contacto con heces contaminadas y adoptar medidas de control de vectores para prevenir la transmisión de parásitos.

Los parásitos en heces son organismos que infectan el tracto gastrointestinal y se eliminan a través de las deposiciones. La identificación y tratamiento adecuados de estos parásitos son fundamentales para el manejo de las infecciones parasitarias. La prevención de estas infecciones mediante buenas prácticas de higiene es esencial para proteger la salud y el bienestar.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar las distintas tareas que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en lo referido en el título

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha tenido en cuenta los principales buscadores indexados que son: PUBMED y SCIELO seleccionando después los artículos que más nos ha interesado para plasmar las distintas tareas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en la recogida de muestras de parásitos en heces. Sus funciones están orientadas a garantizar una recolección adecuada de la muestra y colaborar en el proceso de diagnóstico de las infecciones parasitarias. A continuación, se describen las principales tareas del TCAE en relación con la recogida de la muestra de parásitos en heces.

Preparación del material: El TCAE es responsable de preparar los elementos necesarios para la recolección de la muestra, como contenedores estériles, hisopos o espátulas, etiquetas y solicitudes de laboratorio.

Explicación al paciente: El TCAE debe explicar al paciente el procedimiento de recolección de la muestra y proporcionar instrucciones claras sobre cómo recolectar las heces de manera adecuada. Es importante asegurarse de que el paciente comprenda el proceso y tenga la capacidad de realizarlo correctamente.

Asistencia y apoyo al paciente: En algunos casos, el TCAE puede brindar asistencia al paciente durante la recolección de la muestra, especialmente si el paciente tiene dificultades para hacerlo por sí mismo. Esto puede incluir la ayuda para obtener una muestra adecuada y mantener la privacidad y la comodidad del paciente durante el proceso.

Manipulación adecuada de la muestra: Una vez recolectada la muestra de heces, el TCAE debe manipularla de manera adecuada, siguiendo las normas de higiene y asepsia establecidas. Esto implica utilizar guantes desechables y asegurarse de que la muestra esté debidamente etiquetada con la identificación del paciente y la hora de recolección.

Registro y documentación: El TCAE es responsable de registrar la recolección de la muestra en la historia clínica del paciente y completar cualquier formulario o solicitud de laboratorio necesario. Es importante documentar de manera precisa y detallada la información relacionada con la muestra para facilitar su posterior análisis y seguimiento.

Colaboración con el equipo de enfermería y laboratorio: El TCAE trabaja en estrecha colaboración con el equipo de enfermería y el laboratorio, proporcionando información sobre la muestra recolectada y asegurándose de que sea enviada al laboratorio de manera oportuna y adecuada para su análisis.

Es importante destacar que el TCAE no realiza el análisis directo de la muestra de parásitos en heces, pero su contribución en la recogida y preparación de la muestra es fundamental para el proceso de diagnóstico. Su labor garantiza una recolección adecuada y colabora en la obtención de resultados precisos y confiables.

El TCAE desempeña funciones clave en la recogida de muestras de parásitos en heces. Su labor incluye la preparación del material, explicación al paciente, asistencia durante la recolección, manipulación adecuada de la muestra, registro y documentación, así como la colaboración con el equipo de enfermería y laboratorio. Su participación garantiza una recolección correcta y contribuye al proceso de diagnóstico y tratamiento de las infecciones parasitarias.

5 Discusión-Conclusión

Una buena recogida de la muestra de heces por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es de vital importancia para su análisis. La muestra de heces proporciona información valiosa sobre la salud y el funcionamiento del sistema digestivo de un paciente. Un recolección adecuada asegura la integridad y representatividad de la muestra, evitando la contaminación y errores en los resultados. Además, el TCAE debe seguir los protocolos de higiene y seguridad para garantizar la salud tanto del paciente como del personal sanitario. Una buena recogida de la muestra de heces por parte del TCAE contribuye a un diagnóstico preciso, un tratamiento adecuado y una atención de calidad al paciente, mejorando así los resultados y la atención sanitaria en general.

6 Bibliografía

López, L. Q., & Moreno, J. R. (2019). La delegación en la profesión sanitaria. Ética de los Cuidados.

Capítulo 149

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EXPONE SUS FUNCIONES EN LA TÉCNICA DE UN ENEMA DE LIMPIEZA

FRANCISCA GONZÁLEZ BLESA

LAURA DIAZ ARANDA

MARÍA DEL MAR SÁNCHEZ PÉREZ

MARÍA CRISTINA MARTÍN MAESTRO RUIZ

MARÍA ELENA ARROYO LÓPEZ

1 Introducción

El enema de limpieza, también conocido como enema evacuante o enema rectal, se refiere a un procedimiento médico en el cual se introduce líquido en el recto y el colon para facilitar la evacuación de las heces y limpiar el intestino. El objetivo principal de este enema es eliminar las acumulaciones de materia fecal, aliviar el estreñimiento o preparar al paciente para ciertos procedimientos médicos o quirúrgicos.

El enema de limpieza generalmente implica la introducción de agua tibia o una solución salina suave en el recto a través de un tubo o una bolsa de enema. El líquido se administra lentamente y se retiene en el intestino durante un período de tiempo determinado, permitiendo que el líquido ablande las heces y estimule los movimientos intestinales.

Una vez que el líquido ha estado en el intestino el tiempo suficiente, el paciente es guiado a evacuarlo en un baño o en un recipiente apropiado. La evacuación puede llevarse a cabo de forma natural o puede ser necesaria una ayuda manual suave por parte del paciente o del profesional de la salud.

El enema de limpieza se utiliza en situaciones en las que es necesario limpiar completamente el intestino, como antes de ciertos procedimientos médicos o quirúrgicos, como colonoscopias o cirugías abdominales. También se puede emplear en casos de estreñimiento severo o impactación fecal cuando otros métodos de tratamiento no han tenido éxito.

Es importante destacar que el enema de limpieza debe ser realizado bajo la supervisión y prescripción de un profesional de la salud, como un médico o un enfermero. Se deben seguir cuidadosamente las instrucciones y se debe tener en cuenta la condición y las necesidades específicas del paciente antes de realizar este procedimiento.

El enema de limpieza es un procedimiento médico en el que se introduce líquido en el recto y el colon para facilitar la evacuación de las heces y limpiar el intestino. Se utiliza para aliviar el estreñimiento, preparar al paciente para ciertos procedimientos o limpiar el intestino en situaciones específicas. El enema de limpieza debe ser realizado bajo supervisión médica y siguiendo las indicaciones adecuadas para garantizar su seguridad y eficacia.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar las distintas tareas que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en lo referido en el título

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha tenido en cuenta los principales buscadores indexados que son: PUBMED y SCIELO seleccionando después los artícu-

los que más nos ha interesado para plasmar las distintas tareas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel importante en la técnica del enema de limpieza. Sus funciones están orientadas a brindar apoyo al profesional de enfermería durante el procedimiento y garantizar el bienestar y la comodidad del paciente. A continuación, se describen las principales tareas del TCAE en relación con la técnica del enema de limpieza.

Preparación del material: El TCAE es responsable de preparar el material necesario para el enema de limpieza, como la solución salina, el equipo de enema (bolsa o botella), el tubo y los guantes desechables. También debe asegurarse de que el material esté estéril y en buenas condiciones.

Asistencia al paciente: El TCAE brinda apoyo y confort al paciente durante el procedimiento. Explica el proceso al paciente, respondiendo a sus preguntas y preocupaciones. También debe respetar la privacidad y la dignidad del paciente durante el procedimiento.

Preparación del entorno: Antes del enema de limpieza, el TCAE prepara el área donde se llevará a cabo el procedimiento. Esto puede incluir la disposición de una sábana protectora, toallas y otros elementos necesarios para garantizar la limpieza y la comodidad del paciente.

Asistencia durante el procedimiento: El TCAE colabora directamente con el profesional de enfermería durante el enema de limpieza. Puede ayudar en la colocación del paciente en la posición adecuada, proporcionar el material necesario y estar disponible para brindar apoyo físico y emocional al paciente según sea necesario.

Observación y registro: Durante el enema de limpieza, el TCAE debe estar atento a cualquier signo de incomodidad o malestar del paciente. También registra y documenta la respuesta del paciente al procedimiento, como la cantidad y la calidad de las evacuaciones.

Limpieza y desinfección: Después del procedimiento, el TCAE se encarga de la limpieza y desinfección del equipo utilizado, siguiendo los protocolos establecidos. Esto garantiza la seguridad y la higiene tanto del paciente como del entorno

de trabajo.

Es importante destacar que el TCAE siempre trabaja bajo la supervisión y las indicaciones del profesional de enfermería. No está autorizado para realizar la técnica del enema de limpieza de forma independiente, sino que brinda apoyo y asistencia durante el procedimiento.

El TCAE desempeña funciones clave en la técnica del enema de limpieza. Su labor incluye la preparación del material, la asistencia al paciente, la preparación del entorno, la colaboración durante el procedimiento, la observación y el registro, así como la limpieza y desinfección del equipo. Su participación garantiza el bienestar y la comodidad del paciente durante el enema de limpieza y contribuye al buen desarrollo del procedimiento bajo la supervisión del profesional de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

La actitud del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la administración de un enema debe ser profesional, empática y respetuosa. Debe brindar un ambiente seguro y de confianza al paciente, explicando el procedimiento de manera clara y respondiendo a sus preguntas o preocupaciones. El TCAE debe mostrar empatía y comprensión hacia el paciente, reconociendo cualquier incomodidad o vergüenza que pueda experimentar. Es importante mantener la privacidad y la dignidad del paciente en todo momento, utilizando un lenguaje y tono adecuados. Además, el TCAE debe seguir las normas de higiene y seguridad, utilizando el equipo necesario y siguiendo las pautas establecidas. La actitud del TCAE influye en la comodidad emocional del paciente y contribuye a una administración exitosa y respetuosa del enema.

6 Bibliografía

López, L. Q., & Moreno, J. R. (2019). La delegación en la profesión sanitaria. Ética de los Cuidados.

Capítulo 150

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

MARÍA ISABEL JIMENEZ SANCHEZ

LUZ VILLAJOS RODRÍGUEZ

MARÍA CRUZ QUILÓN GUTIÉRREZ

ARANCHA CAÑIZARES GONZÁLEZ

MARIA LOURDES QUILÓN GUTIÉRREZ

1 Introducción

Podemos definir pediatría como la rama de medicina encargada de la atención y observación de los niños desde la edad de los 0 meses de vida hasta su adolescencia más o menos los 16 años. Su función es conseguir una prevención, un diagnóstico de una enfermedad y, en el caso de que hubiera enfermedad, conseguir poner un tratamiento para las lesiones que le puedan causar en su etapa de crecimiento.
Dentro del servicio de pediatría, existen varias especialidades como por ejemplo: nefrología, cardiología, neuropediatría... El servicio de pediatría se crea a finales

del siglo XIX, concretamente en los países de Francia, Alemania, Centroeuropa, Reino Unido y en los Estados Unidos. Pediatría surge como una de las ramas de medicina independiente a las del resto y además se consigue separar pediatría del servicio de obstetricia y de la medicina interna, ya que no tenía nada que ver con esas ramas médicas.
El servicio de pediatría junto con el servicio de quirófano son los que más avances tecnológicos, y medicinales han tenido en estos últimos 50 años de creación. Gracias a este servicio se ha conseguido disminuir los casos de mortalidad infantil.
Los servicios de pediatría están compuestos por los médicos que en este servicio se llaman pediatras, por las enfermeras, y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), como equipo sanitario, y, como personal no sanitario, tenemos a los celadores y demás personal.
En este capítulo nos vamos a centrar en las funciones que deben de realizar de manera constante las TCAE en este servicio tan bonito, así como la dificultad que conlleva este servicio.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar las principales funciones de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante un paciente pediátrico en los centros sanitarios.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dentro de la unidad de pediatría, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), debe proporcionar una atención constante a los pacientes, como si se tratase de propios hijos y, sobre todo, en los casos en los que los padres no puedan estar con ellos 24 h.

Las funciones que presta un técnico en cuidados auxiliares de enfermería, son muy comunes a otras unidades, entre las que nos encontramos:
• Reponer todo el material del carro de curas.
• Es el encargado de la higiene de la cama, así como la del paciente pediátrico, en el caso de que los padres no puedan por cualquier motivo.
• Recogerán y registrarán los datos de ingesta, deposiciones, diuresis, drenajes, etc.
• Preparación de biberones a demanda.
• Dar información al resto del equipo de todo lo concerniente al paciente pediátrico.
• Es el encargado de depositar las muestras donde corresponda, la ropa recogida de ropa sucia y reposición de la misma, así como de entregar la alimentación y ayudar con la misma en el caso de que sus progenitores la necesiten.
• Comprobación de las pulseras de identificación, solicitándolas al servicio de Admisión, si fuera necesario.
• Será el acompañante del personal de enfermería para ayudarles en todas sus funciones.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es uno de los apoyos emocionales en el lado familiar, que les proporciona y facilita a las familias, el proceso de ingreso, así como les ayuda en estos momentos tan difíciles y duros, así como también les brinda esa confianza y tranquilidad, la cual se considera una llave en cuanto a la cooperación de personal sanitario y familiares, que agilizara y facilitara la pronta recuperación y la mejora del estado de salud de los niños.

5 Discusión-Conclusión

Son muy amplias y de bastante importancia las diferentes funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, para que el servicio sanitario al paciente pediátrico sea posible.
Se destaca la importancia de que para llevar a cabo el desempeño de sus funciones, tiene que tener empatía y un correcto grado de amabilidad, con mucho tacto y delicadeza para tratar a los pacientes pediátricos.
Es esencial que todos los profesionales que tratan con este tipo de pacientes, tengan vocación, ya que tratan con personas que necesitan su ayuda tanto física como psicológica.
En estos casos, el trato va a ser más cercano al familiar que al propio paciente, haciéndoles que la estancia sea más llevadera, por lo que el auxiliar, como parte del equipo sanitario, debe contar con esas cualidades.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 151

FUNCIONES QUE REALIZA EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARÍA ISABEL JIMENEZ SANCHEZ

LUZ VILLAJOS RODRÍGUEZ

MARÍA CRUZ QUILÓN GUTIÉRREZ

ARANCHA CAÑIZARES GONZÁLEZ

MARIA LOURDES QUILÓN GUTIÉRREZ

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos de un hospital , mas conocida como UCI , es un área o servicio del centro donde un grupo muy preparado y formado de sanitarios trabajan en coordinación y orden con el fin de asistir y recuperar a pacientes ingresados en dicha área cuyo estado o salud es grave y necesitan de unos cuidados y tratamientos específicos y especial vigilancia . El paciente que se encuentra en la uci de un hospital, por norma general es porque su estado es crítico , aunque también podría darse el caso que estuviera ingresado en este servicio por

tratamiento de observación , por lo que su estancia podría ser corta . El paciente de uci puede pasar ingresado varios días ahí hasta poder recuperarlo y estabilizarlo, aunque también podría darse el caso de que necesite de ese tratamiento específico o cuidados y necesite de mas tiempo hasta su recuperación por lo que su estancia podría demorarse y permanecer en este área durante semanas e incluso meses. En una unidad de cuidados intensivos podemos encontrar personal de enfermería, celadores , médicos especialistas y como no a personal TCAE , que será de quien hablemos especialmente en nuestro trabajo. Las funciones de las que hablaremos por parte del TCAE en este área en concreto serán muy extensas y abarcarán desde asistir en necesidades básicas del paciente hasta control exhaustivo del mismo. Mas adelante enumeraremos cuáles serían estas funciones tan importantes que mejoran el estado de salud del paciente y de las el que el TCAE será responsable.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es hablar sobre cuál es la labor que desempeña el personal de TCAE en el servicio de UCI de un hospital.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dentro del servicio de UCI nos vamos a encontrar diferentes parámetros tanto físicos como a nivel de los profesionales. Hablados de los parámetros físicos cuando nos encontramos diferentes apartados:

- Se reservan unas camas para atender a los pacientes con cualquier tipo de patologías que sean necesarias estar ingresadas en UCI.
- Después nos encontramos con otro número de camas para los pacientes que salen de quirófano y por las razones que sean o por prescripción médica, deben

pasar su posoperatorio en el servicio de UCI. También se ingresan los pacientes que hayan tenido algún tipo de complicación durante su operación.
- A continuación, se pueden observar unos tipos de boxes reservados y aislados para la gente con trasplantes, es de suma importancia que el personal sanitario tenga un riguroso cuidado al entrar en este tipo de boxes, porque le pueden producir algún mal al paciente. Al igual que el servicio se encuentra dividido, también el personal sanitario que trabaja en este servicio se encuentra jerarquizado. En la UCI nos vamos a encontrar con personal cualificado exclusivamente para este servicio, ya que como hemos mencionado anteriormente, es un servicio donde los pacientes están muy críticos y el personal que los atienden deben de estar preparados. El equipo de enfermería, compuesto por enfermeros y TCAE también deben estar preparados para trabajar en este servicio. Las funciones que tiene el Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos, se relacionan con, el aseo del paciente, lavar los dientes a las personas que se encuentren intubadas y con respiración asistida, esto se realiza mediante una torunda de algodón, mover a los pacientes, realizar cambios posturales a los pacientes que se encuentren encamados, reponer material, etc.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir nuestro capítulo diciendo que el trabajo del TCAE en una UCI no es nada fácil ni sencillo, pues requieren de unos conocimientos específicos para desempeñar su labor así como a la vez trabajan bajo una fuerte presión, pues sus pacientes a los que asisten se encuentran en una situación bastante delicada , la cual no permite distracciones ni relajarse.
El personal TCAE , será una figura importantísima en una UCI hospitalaria, sus tareas, sus cuidados, sus controles y atenciones serán vitales para poder ayudar a recuperar la salud tan critica que tendrán estos pacientes. No olvidar que el personal TCAE deberá antes de entrar a trabajar en una UCI , bien formado para poder desempeñar tantas funciones como las que tiene que realizar.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.
2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 152

EL TCAE Y LA LABOR DE AYUDA EN LA ALIMENTACION DEL PACIENTE Y EL MANEJO DEL CARRO DE COMIDAS.

MARIA JOSE GARCIA GOMEZ

EVA ROCIO GROMADA ALCAIDE

MARÍA LUISA ROMERO RODRÍGUEZ

AURORA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

MÓNICA CASTILLEJO GREGORIO

1 Introducción

La alimentación es el pilar basico que garantiza la superviviencia, y la cobertura de los elementos nutricionales que necesita el organismo para cumplir sus funciones biológicas. La alimentación ofrecida en los hospitales dependerá del estado en el que se encuentre el paciente y de su cuadro médico, siendo el TCAE el encargado de servir las bandejas y ayudar a los que no pueden comer ellos solos, como es el caso de los ancianos y grandes dependientes.

La población anciana, debido a que su gasto de calorias es menor debido al sedentarismo, lo cual repercutirá en un mayor extreñimiento, generalmente, deberá de

tener un tipo de alimentación más específica, condicionada también por la dificultad para masticar: mayor consumo de líquidos, dieta rica en fibra, alimentos triturados, y alimentos blandos como puede ser la tortilla, el queso fresco, frutas y verduras, reduciendo el consumo de grasas saturadas y dulces.

Así, cuando un paciente hospitalizado no pueda comer por si solo debido a causas fisiológicos, neurológicas, disfagia, etc, el TCAE le ayudará prestando especial atención a la ingesta de liquidos, a la cantidad de comida que toma, a la hora de tragar para evitar atragantamientos u obstrucción de la vía aérea, etc.

El TCAE además es el encargado de custudiar y manejar los carros de las comidas, formado por muchos compartimentos para poner las bandejas de la alimentación de cada paciente con una etiqueta identificativa con nombre y apellidos, el numero de cama y el tipo de dieta, que una vez comprobadas serán repartidas por el TCAE.

2 Objetivos

- Realzar la labor del TCAE a la hora de ayudar en la alimentación al paciente hospitalizado que no puede hacerlo por el mismo, así como explicar la funcion de servir las bandejas de la alimentación.

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 bases de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TCAE debe de conocer los diferentes tipos de nutrición:
1/ Oral: es la via natural, en la que puede ayudar el TCAE, con unas premisas que a continuación detallaremos.
2/ Enteral oral: La ingesta es por la boca, pero con alimentos mas específicos en cuanto a las calorías o nutrientes.

3/ Enteral con sonda: se suministran unos tipos de batidos a través de un tubo fino, largo y flexible, el cual pasa de la nariz o la boca hasta el estómago o el intestino.
4/ Parenteral: lo practica el personal de enfermería, ya que el alimento se administra por vena, sin pasar por el aparato digestivo.

El TCAE procederá de la siguiente manera a la hora de ayudar a un paciente en los desayunos,comidas y cenas, cuando el paciente no pueda hacerlo por sí solo y no tenga acompañente para hacerlo:

- Antes que nada, se lavará bien las manos, colocándose guantes, y le preguntará al paciente que desea comer primero de la bandeja, sujeriéndolo que colabore en la medida de los posible.
- El celador podrá ayudar para posicionar al paciente con la espalda recta dentro de su posiblidades, en la cama o sillón, con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante en el momento de tragar, con los pies apoyados en el suelo.
- El TCAE comprobará que si lleva dentadura postiza se encuentre bien colocada y ajustada, y si le resultara muy molesta al masticar, se la podrá quitar.
- Las cucharadas no se llenarán y las piezas serán pequeñas para que pueda masticar más facilmente y evitar que se atragante.
- Una vez acabado, se le limpiará las manos y la boca, teniendo en cuenta la cantidad consumida por si hubiera que dejar constancia a enfermería, retirando la bandeja y dejándola en los carros de la comida. Los carros despues serán llevados por el pinche a la cocina para su limpieza y esterilización.

Los carros de las comidas más modernos mantienen la temperatura de 8 grados centígrados si el alimento es frío, y si debe de ofrecerse caliente los mantienen a una temperatura entre 70 y 75 grados centígrados, aunque lo normal es que que en los hospitales estén mas anticuados, y se dispongan de las típicas estructuras de aluminio con distintos compartimentos para posar las bandejas.

El TCAE deberá supervisar la planilla donde vienen especificadas para cada habitación y cada paciente, las dietas prescritas por los facultativos según su sintomatología, revisando que se deja en la mesa de cada paciente su bandeja pertinente, así como botellas de agua. Además a media mañana y antes de la media noche, pasará por cada habitación por si algún paciente quisiera un vaso de leche, infusiones o zumo antes de dormir.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda, la alimentación adecuada permite al paciente obtener los nutrientes necesarios para cubrir las necesidades básicas diarias, y apoyar una mejor recuperación, pero en otros casos en los que el enfermo tiene una patología cronica o están en estado crítico, la alimentación garantizará en todo caso la supervivencia.

El TCAE comprueba la planilla en todos los turnos, revisando los tipos de dietas observando que todo se encuentra conforme a lo pautado por el facultativo y el nutricionista, encargándose de ayudar en la alimentación a aquellos pacientes que tienen sus facultades mermadas y no pueden hacerlo por sí mismo, ya sea por su enfermedad, por la edad avanzada o por la existencia de una discapacidad. Además repartirá el agua y las bandejas de la alimentación a los pacientes según dicha planilla, recogiéndolas al finalizar y colocándolas en los carros de comidas para su posterior limpieza.

6 Bibliografía

1. Formacion Logoss.
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : TCAE, carros de comida, bandejas de alimentacion de hospitales, alimentación paciente hospitalizado.
3. Alimentación :: Somos TCAE
4. El papel del TCAE en la alimentación y la nutrición - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
5. Tecnico Auxiliar de Cuidados de Enfermeria. Editorial MAD.

Capítulo 153

EMPATÍA Y HABILIDADES EMOCIONALES PARA LOGRAR UNA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

CARMEN MARÍA CUENDIAS LÓPEZ

1 Introducción

Cualquier relación está basada en la comunicación, tanto personal como profesional. La incapacidad de comunicarnos conllevaría a la falta de transmisión de nuestros conocimientos y sentimientos, incluso en el ámbito de la salud.

Uno de los objetivos que tienen los profesionales sanitarios se basa no solo en curar, sino también en lograr conductas más saludables. Desde una comunicación eficaz se puede conseguir la adquisición o modificación de hábitos, tanto con una comunicación verbal, como no verbal.

Existen dos factores importantes para poder conseguir una comunicación de calidad entre los profesionales sanitarios, los pacientes y sus familiares. La primera es la empatía (capacidad de sintonizar con los sentimientos y las emociones del otro, ponerse en su lugar y pensar qué puede estar sintiendo). La segunda son las habilidades emocionales. Con ambos factores unidos se consigue obtener la inteligencia emocional (la forma de interactuar con el mundo que tiene en cuenta los sentimientos).

Escuchar a los pacientes y sus familiares es una praxis normal en el día a día del entono sanitario. Utilizar una comunicación empática conlleva a una mejor comunicación entre paciente y profesional, con unos resultados más satisfactorios

y la implicación de ambos en un único objetivo, que a lo largo de esta publicación se observará si lo hemos conseguido o no.

2 Objetivos

-Evaluar cuáles son los métodos correctos para conseguir una comunicación empática de los profesionales dentro del contexto de la sanidad, determinando cuáles son los factores más relevantes.
-Analizar los resultados que se pueden obtener involucrándose con los pacientes, consiguiendo una inteligencia emocional en beneficio de los resultados terapéuticos, pacientes y familiares.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se han realizado revisiones bibliográficas y análisis sobre literaturas existentes, teniendo en cuenta diferentes aportaciones de expertos relativas a involucrarse de forma empática de los profesionales con los pacientes. Se analizaron factores relevantes para realizar una correcta interacción verbal y no verbal del contexto sanitario, considerando los factores más importantes para conseguirlo de forma empática.

4 Resultados

Se considera la empatía como el instrumento para poder establecer un vínculo real con los pacientes. De este modo se crea un entorno de comprensión en la problemática para poder lograr los objetivos sanitarios. En la medida que establecemos empatía en la comunicación, favorecemos la acción y entendimiento con los pacientes y la adhesión del usuario en las indicaciones propuestas.
La empatía de los profesionales establece un mejor vínculo, por consiguiente, el paciente establecerá un lazo de confianza hacia el profesional. No solo en la valoración de las capacidades del profesional, sino también en la solución de dudas, lo que supone, por parte del paciente, una mayor satisfacción y convencimiento de que las instrucciones a seguir son las correctas.
Puntos fundamentales para la evaluación de la calidad en la empatía:
1. La consideración de los sentimientos de los pacientes en el área de comprensión empática, refiriéndose a la comprensión del profesional de evaluar el mensaje del usuario.

 Una comunicación de respeto, refiriéndose a la actitud correcta por parte del profesional a la hora de juzgar la problemática. De este modo, el paciente se siente cómodo en la muestra de su problema en un entorno relajado.
 Lograr una expresión correcta para llegar directamente a los sentimientos y experiencias del paciente. No se tiene que dar por hecho las cosas y evitar conclusiones precipitadas. Todo ello evitando un lenguaje técnico para una mejor comprensión por parte del paciente.
 La autenticidad y coherencia en las respuestas a dar a los pacientes que se expresan sobre sus problemas. Es mejor una respuesta tardía y reflexionada que una respuesta rápida y con ciertas dudas.
 Aportar experiencias por parte del profesional con respecto a vivencias conectadas con la enfermedad del paciente, siendo la base de la empatía basada en las experiencias humanas, haciendo sentir el paciente comprendido y confortado.
 Analizar los procesos inter-intrapersonales, detectando si lo que expone el paciente es coherente con los hechos o algo raro está pasando. Comunicación que se puede notar tanto en la forma verbal, como no verbal.
 El profesional tendrá en cuenta las expresiones y gestos del paciente para ver en que forma está proyectando la información. Debe valorar en su caso otro tipo de planteamiento en sus explicaciones y lograr mejores resultados en el proceso.
8. Los pacientes también se centran en la comunicación no verbal de los profesionales, valorando de sobremanera las respuestas implícitas y explícitas de las mismas, o en caso contrario, de la ausencia de atención. El profesional tiene que prestar la debida atención al paciente cuidando sus gestos.
 Existen tres tipos de fases: bienvenida, proceso y despedida, denominado Timing. Sirve para valorar si se respetaron los tiempos justos de las fases con coherencia y naturalidad de los tiempos.
 Al realizar una entrevista empática se comprobará que el contenido se ajusta con el objetivo inicial. Recopilando la información para lograr un diagnóstico completo, analizando en qué forma se puede disminuir la posibilidad de cometer errores.

5 Discusión-Conclusión

Todo el conocimiento en el contexto de la empatía por parte de los profesionales sanitarios ayudará y facilitará una habilidad emocional para el seguimiento de los procesos de los pacientes desde una perspectiva más humana. De este modo se lograrán mejores resultados en la comunicación y por consecuencia, en la salud de los directos interesados, creando un entorno más humanizado en la atención

de la salud, basándose en la inteligencia emocional.
La empatía, considerada como altruismo, tiene como objetivo el deseo de alcanzar el alivio y las necesidades de los pacientes. La empatía es una herramienta necesaria para la integración de los destinatarios en todo el proceso.
En las revisiones bibliográficas se entiende que la empatía es una capacidad que se puede desarrollar, aprendiendo a tener una visión más altruista, siendo esta una herramienta poderosa para la satisfacción de los pacientes y para la evaluación cualitativa de la atención del mismo.
Como conclusión final: los pacientes buscan en los profesionales empatía para poder interaccionar en un entorno agradable, sintiéndose confortado, acogido, participe y escuchado.

6 Bibliografía

 Tendencias en Salud Pública. Empatía y comunicación efectiva con el usuario (2005). Carlos Carvajal Guerrero - Angélica Rojas Pérez.
 La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto porla dignidad de La persona. (2014) Claudia Andrea Donoso Sabando.
 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
 https://www.scielo.org/es/
 https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 154

PRIMEROS AUXILIOS

MARÍA DEL PILAR ROCHA GARCIA

MANUELA PALOMARES GARCÍA

MARÍA CARVAJAL ROCHA

BARBARA GARCÍA PALOMARES

ELISA SERRANO GARIJO

1 Introducción

El conjunto de actuaciones y técnicas que se llevan a cabo en la atracción inmediata de una persona accidentada hasta que llegan los servicios sanitarios, son los primeros auxilios.
Con los primeros auxilios se pretende mantener con vida la accidental, evitando agravar la situación, aliviar el dolor y buscar atención médica lo antes posible.
Siempre que prestemos los primeros auxilios, debemos ser conscientes de nuestras limitaciones, ya que si no nos extralimitamos en nuestras competencias podemos agravar la situación.
Las personas accidentadas no deben moverse, a no ser que sea imprescindible. En caso de obligado traslado, debemos hacerlo de la forma adecuada manteniendo las posiciones posturales correctas.
Tampoco debemos exponer nuestra propia vida. Hay situaciones en las que no se podrá actuar hasta que no llegue la ayuda correspondiente, como en un edificio en llamas, cuando haya peligro de inminente de derrumbamiento, en fuertes corrientes de agua, fosas sépticas o riesgo de explosión.

No debemos hacer una discriminación de las víctimas por motivos personales, es decir, no podemos dejar de atender a una persona o atenderla primero, atendiendo al motivo personal de amistad, racial, ni económicos. Las personas que presten primeros auxilios no podrán obtener ningún beneficio económico.

2 Objetivos

- Definir el concepto de primeros auxilios.
- Dar a conocer cómo se debe actuar en primeros auxilios, según nuestro conocimiento y atendiendo a nuestras limitaciones.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha tenido en cuenta nuestra preparación como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, así como nuestra experiencia laboral en el ámbito sanitario y en residencias de la tercera edad.
También hemos consultado algunas publicaciones científico-sanitaria a través de Google Académico y en las bases de datos PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando nos encontramos con un accidentado, es importante no actuar improvisando. Si vamos a realizar alguna técnica debemos estar seguros de saber realizarlo. Si no tenemos suficiente de seguridad, uno poseemos los conocimientos adecuados es mejor no intervenir, ya que uno de los objetivos de los primeros auxilios es no agravar la situación ni las lecciones del accidentado.
Cualquier ciudadano puede recibir formación en primeros auxilios y aplicar sus conocimientos en el ámbito doméstico, existen asociaciones como la Cruz Roja o Protección Civil donde se puede formar.
Conviene diferenciar los términos de emergencia y urgencia, estamos ante una emergencia cuando el tiempo es vital, se requiere una actuación inmediata para evitar la muerte de una o más personas. Sin embargo, en una urgencia la actuación debe ser rápida, pero el paciente no corre peligro de muerte.

Ámbitos donde se suelen producir accidentes que precisan de primeros auxilios:
- Los accidentes en el hogar lo suelen sufrir los niños de corta edad, los ancianos y las personas que llevar a cabo las tareas del hogar.

- Otro de los ámbitos donde se presenta un mayor porcentaje de accidentes es en sitios donde se desarrollan las actividades de ocio y tiempo libre.
- Los accidentes de tráfico, son una de las diez primeras causas de muerte en el mundo y pueden estar ocasionados por factores humanos o no humanos.
- En el ámbito laboral, encontramos los riesgos laborales, la exposición a fuertes temperaturas, a sustancias nocivas, sobre esfuerzos, caídas de personal, caídas de objetos, cortes…

La valoración de las prioridades en una emergencia se pueden dividir en 10 fases:
1. Inicial.
2. De activación.
3. De aproximación.
4. De despliegue y control.
5. De sectorización.
6. De rescate.
7. De clasificación y socorro.
8. De transporte y transferencia.
9. De repliegue.
10. De recuperación.

A veces, nos encontraremos una situación en las que haya más víctimas que recursos disponibles para socorrerlas, entonces deberemos establecer prioridades. Dependiendo de la gravedad y el pronóstico de la lesión, atenderemos a una víctima antes que a otra.

5 Discusión-Conclusión

Al encontrarnos una víctima de accidente que precise de primeros auxilios, debemos actuar con rapidez pero conservando la calma. Primero de todo, debemos tener en cuenta nuestra capacidad y nuestras limitaciones y valorar la situación como emergencia o urgencia.

Pedir ayuda para conseguir que los servicios médicos lleguen cuanto antes a atender a la víctima o víctimas.

Al igual que los médicos y el resto de sanitarios, cuando una persona atiende a la víctima de un accidente, por ejemplo, esta persona estará sujeta al código ético basado en la prestación de los primeros auxilios y el secreto profesional. Por lo tanto, no podrán revelar ningún dato de las víctimas.

6 Bibliografía

1. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000056
https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.
2. https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/24845/Grado%20de%20conocimiento.

Capítulo 155

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

SANDRA FERNANDEZ GONZALEZ

1 Introducción

Las ETS (enfermedades de transmisión sexual) o ITS (infecciones de transmisión sexual) son aquellas enfermedades infecciosas que se transmiten a través de las relaciones sexuales, por la sangre, semen o fluidos (vaginales o corporales). También se las conoce como enfermedades venéreas.
Actualmente, son las más comunes y su incidencia va en aumento. Existen muchos casos subclínicos, pacientes que no quieren ser atendidos e incluso, el propio personal sanitario las oculta, por lo que se dificulta su adecuada evaluación.
Afectan tanto a mujeres como a hombres de todas las edades que mantengan relaciones íntimas (vaginal, anal u oral) e indistintamente de su condición sexual.
Tanto el mantener relaciones sexuales sin protección como la promiscuidad son las causas más evidentes.
A pesar de la información que hay hoy en día, se comienzan a mantener relaciones sexuales a muy temprana edad, alrededor de los 12 años, y la inmadurez o falta de educación sexual, es otro de los problemas añadidos.
A pesar de ser enfermedades infecciosas, muchas de ellas no presentan síntomas. Hay personas que aparentemente están sanas y desconocen que padecen alguna ETS.
Uno de los problemas más preocupantes a nivel mundial en salud pública es el VIH causante del SIDA.
Las ETS también pueden transmitirse de madres a hijos, en el embarazo o parto, como a través de transfusiones sanguíneas o por compartir agujas infectadas.

2 Objetivos

- Mostrar las medidas de prevención y control de las ITS.
- Exponer la importancia del diagnóstico precoz del VIH y vigilancia de la cronicidad de la enfermedad.
- Presentar la relevancia de campañas de prevención dirigidas a jóvenes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo un análisis consistente en una revisión bibliográfica metódica con una búsqueda sistemática de libros y consulta de artículos de las principales bases de datos PubMed, Medline, Scielo y Sanidad.gob, todos ellos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las ETS o ITS pueden presentar múltiples síntomas o no presentar ninguno, por lo que pueden pasar inadvertidas y ocasionar problemas en nuestra salud o que nuestra pareja presente un síndrome propio de la ETS.
Los signos y síntomas pueden aparecer de manera precoz o pasar años, según el organismo que provoque la infección.
Las enfermedades venéreas son causadas por los siguientes patógenos:
• Bacterias: causantes de la gonorrea, la sífilis y la clamidia.
• Parásitos: la tricomoniasis es causada por el parásito protozoario llamado Trichomonas vaginalis.
• Virus: virus del papiloma humano o VPH, el herpes genital y el VIH.
• Hongos: muy común el Cándica albicans, causante de la candidiasis.
• Existen otras infecciones que se pueden transmitir o no debido al contacto sexual: virus de la hepatitis A, B y C e infecciones estomacales provocadas por las bacterias Shigella y Giardia.

Las ITS en la mujer más frecuentes son:

• Uretritis: es la inflamación de la uretra que cursa con exudado mucoso y purulento, dolor o molestia al orinar (disuria) y picor (prurito) en el meato urinario.
• Cervicitis mucopurulenta: es la inflamación del cuello uterino. Su detección es muy importante para evitar complicaciones como la endometritis, inflamación de

las trompas de Falopio (salpingitis), cáncer de cérvix y, en la mujer embarazada, para prevenir la aparición de partos prematuros e infecciones en el puerperio.
• Úlceras genitales: son lesiones con pérdida de continuidad en la mucosa, debida a la necrosis de la zona causadas por lesiones iniciales (pústulas, pápulas o vesículas, como ocurre en la sífilis).
• Vaginitis por trichomonas: es la inflamación de la vagina y enrojecimiento del cuello uterino además de edematoso. Cursa con flujos vaginales abundantes (leucorrea) maloliente y de color amarillo-verdoso,
La uretritis también es frecuente en los hombres y es causada por la bacteria gonococo.
Otra ITS habitual en el varón es la sífilis, que cursa con lesiones o úlceras conocidas como chancro blando en el pene y otras zonas genitales.
Los varones homosexuales pueden padecer enfermedades entéricas como son:
• Proctitis: inflamación de la mucosa rectal que cursa sin dolor y aparición de exudado anal.
• Enteritis: inflamación del intestino delgado.
• Proctocolitis: es la sinergia de las dos anteriores.

Las ETS son enfermedades muy frecuentes y muchas personas son asintomáticas. Es muy importante hacerse revisiones rutinarias tanto si se tienen síntomas como si no. Pueden ocasionar graves problemas de salud si no se tratan. Son infecciones que no requieren complicación en su tratamiento y las causan organismos patógenos.
Si se es sexualmente muy activo, se debe acudir al médico si tenemos algún tipo de sospecha, ya que el riesgo es mayor, en este caso, o si presentamos algún tipo de síntoma de transmisión sexual.
Si aún no hemos mantenido relaciones sexuales, es muy importante hacerse una revisión antes de darles comienzo, al igual que antes de tenerlas con una pareja nueva.
Otra medida preventiva eficaz es la vacunación (virus del papiloma humano-VPH, la hepatitis A y B), previa al mantenimiento de relaciones sexuales.

5 Discusión-Conclusión

Se debe potenciar la información y educación sanitaria y sexual desde los puntos de vista de la sanidad y educación, ya que ejercería una influencia positiva desde muy temprana edad.

Los jóvenes de hoy representan uno de los grupos de población diana, por lo que surge la necesidad de hacer un llamamiento exhaustivo, a través de mensajes o campañas sanitarias, sobre los factores de riesgo, puesto que es un problema de Salud Pública, debiéndoseles recomendar las medidas de mayor eficacia frente a las ETS.

Los padres desarrollan un papel fundamental en la educación sexual, pero también necesitan ayuda para llevarla a cabo por las instituciones sociales públicas.

Otro grupo vulnerable son las personas que ejercen la prostitución, debido a su situación de exclusión, discriminación, por ser inmigrantes o estar en situación de ilegalidad. Es muy importante la mejora de las labores, en cuanto a promocionar el sexo seguro, de las organizaciones que trabajan con este colectivo y que este tenga un fácil acceso a los centros de ETS para recibir una adecuada atención sanitaria.

Cabe destacar la importancia de la formación del personal sanitario en este ámbito para una adecuada atención, así como de la presencia en sesiones clínicas sobre casos coetáneos para un adecuado cuidado y tratamiento debido a los grandes avances tanto en diagnóstico precoz como tratamientos farmacológicos. Estas sesiones son fuentes de conocimientos y una herramienta muy útil para los médicos y personal sanitario.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.
2. www.medlineplus.gov/spanish.
3. www.scielo.org.
4. www.sanidad.gob.es.

Capítulo 156

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DENTRO DEL ÁREA DE URGENCIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

MARIA DEL PILAR GARCIA PIQUERAS

DOLORES GARCIA PIQUERAS

MARÍA TERESA CÉSPEDES GARCÍA

JUAN MIGUEL ESPINOSA SERRANO

MARIA EDUARDA MOGUEL MIR

1 Introducción

Las urgencias hospitalarias se crearon en el año 1964, pero se inició como complemento nocturno, es decir, no estaban abiertas las 24 horas, sino desde las 5:00 de la tarde hasta las 9:00 de la noche y empezaron en los centros de atención primaria. Pero no fue hasta el año 1994 que la estructura del servicio de urgencias se fundamentó y podemos decir que su creación fue una de las experiencias pioneras a nivel europeo. Sin embargo, si echamos la vista atrás, podemos decir que, hacia el siglo XIX, ya se atendían a soldados en los campos de batalla de manera urgente para que estos pudieran volver de nuevo a la guerra.

Desde que el servicio de urgencias se formó, se intenta clasificar a los pacientes que llegan según el grado de gravedad, el tipo de enfermedad, los síntomas, la edad… En el siglo XXI podemos decir que el servicio de urgencias cuenta con un gran grupo de sanitarios multidisciplinar, hay médicos de diferentes especialidades, hay enfermeras, hay TCAE (auxiliares de enfermería), hay celadores… Pero de este gran equipo que forman el servicio de las urgencias, nos vamos a centrar en el trabajo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), en explicar las funciones que tiene en cada uno de los apartados que forman el servicio de urgencias.

2 Objetivos

- Explicar detalladamente las actividades que ejerce el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área de las urgencias hospitalarias.
- Exponer las funciones realizadas por los auxiliares de enfermería en dicha área en cuanto a vigilancia y cuidado de pacientes que acuden a ella.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.
Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los enfermos pueden llegar a urgencias por su propia voluntad, por derivación de su médico en el centro de salud o a través de los Servicios de Emergencias, llamando al 112.
A su llegada al servicio de Urgencias, los pacientes, deben facilitar sus datos de identificación a los administrativos y los celadores (personal no sanitario) los acompañaran a la zona de triaje, donde se les clasificara según su gravedad. Una vez este clasificado el paciente, el médico especialista lo atenderá siguiendo unos pasos: Si los pacientes que acuden al servicio de urgencias presentan inestabilidad, vienen de manera crítica o tienen situaciones especiales, los profesionales

de la salud se acomodarán a las circunstancias.
El personal que trabaja en el Servicio de Urgencias tiene que realizar sus actividades con cautela, con seguridad y trabajar en equipo para que el enfermo se sienta tranquilo, seguro y con la libertad de expresarse.
Las actividades a llevar a cabo por el auxiliar de enfermería en Urgencias:
-Colaborar con los celadores en la movilización y transporte de los enfermos que deben ser trasladados a los boxes en camillas. Los TCAE deben saber el funcionamiento de cada una de las camillas.
- Se le prestará ayuda, en caso de necesidad, para vestir y desvestir al enfermo. En todo momento se salvaguardará su intimidad y se le facilitará un camisón.
- Se les proporcionará una bolsa de plástico para que el paciente guarde sus pertenencias en ella. -Se le hará la higiene en caso de necesidad.
- Antes de su exploración, se le preparará al paciente para tal fin.
- Se tomarán las constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Estas deben ser observadas y valoradas por un médico.
- Los resultados de estas mediciones hay que apuntarlas en la gráfica conveniente, aunque hoy en día los hospitales tienen un programa informático donde se anotan.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, en la Unidad de Urgencias de un hospital trabajan sanitarios de muchos ámbitos y ofrecen una asistencia y una atención de calidad para atender las necesidades de los enfermos. En esta unidad se proporcionan cuidados de la salud y una asistencia médica para estabilizar al paciente.
Por todo ello, la auxiliar de enfermería en urgencias desarrolla unas actividades que son de gran importancia, ya que, estará pendiente del paciente y brindará los cuidados para contribuir a la recuperación del mismo.
El TCAE forma parte del equipo multidisciplinar y trabaja en cooperación con enfermería, ofreciendo al paciente un trato humanizado con una atención integral durante su estancia en el servicio de urgencias, valorando sus necesidades.
El equipo planifica y ejecuta sus cuidados hasta que sea trasladado a planta, dado el alta médica o trasladado a otro centro.

6 Bibliografía

1. http://es.slideshare.net.

2. http://revistamedica.com.
3. http://books.google.es.

Capítulo 157

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO BUCAL EN LA INFANCIA

ANTONIA ROSA JÁTIVA CUERDA

MARCIA LOURDES HIDALGO COVEÑA

ARELIZ ARITA GEMIO MAMANI

MERCEDES MOLINA GARCIA

ANTONIA JIMENEZ PEREZ

1 Introducción

La boca es una parte del organismo que se puede definir como una gran estructura en la que se pueden desarrollar bacterias y virus debido a la humedad de la zona y a la entrada de alimentos con microorganismos. En ella se inicia el proceso de la digestión, permite que funcione de forma adecuada el aparato fonador y las estructuras anejas.
La cavidad bucal está compuesta de las 32 piezas dentales en las personas adultas y 20 en niños, paladar, lengua, encías y labios.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, como miembro de un equipo de los profesionales sanitarios y encargado de cubrir las necesidades básicas de los pacientes, es el encargado de ser facilitador para promover la higiene bucal de los menores desde su nacimiento.

Los padres son los encargados de dicha higiene hasta que el niño tiene consciencia y destreza para hacerlo por sí solo. La higiene oral se inicia antes de que empiecen a erupcionar las primeras piezas dentales, esto en muchas ocasiones es desconocido para los padres.
La madre también tiene un papel esencial, ya que los dientes se empiezan a formar en el embarazo y desde que se inician los controles de la gestación se debe insistir en una buena alimentación para una formación correcta de la cavidad bucal y, por tanto, de las piezas dentales.
Se deben evitar alimentos que puedan llegar a provocar la decoloración de los futuros dientes y se debe promover los cuidados dentales en la infancia desde la atención primaria a través de los programas de educación sanitaria. De hecho, el servicio de salud del SESCAM promueve un programa de educación infantil dentaria.

2 Objetivos

- Describir los cuidados de la cavidad bucal desde la gestación hasta los primeros años de vida por parte del 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 la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Se han buscado palabras claves como técnico en cuidados auxiliares de enfermería, cuidados dentales en la infancia, enfermedades dentales en los menores, entre otras.

4 Resultados

La higiene dental en los menores debe comenzar desde el primer momento, es decir, desde que se nace pese a no poseer piezas dentales visibles. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe apoyar y enseñar a los padres y tutores legales el cuidado bucal junto con el resto de la higiene al recién nacido. Entre las actividades sobre ello, destacan las siguientes:

- Se debe limpiar las encías y la cavidad bucal con una gasa empapada en agua o en manzanilla y pasarla suavemente por la zona. En los últimos años, se puede usar un dedal que estimula el cuidado de la encía cuando nacen los dientes de leche. Este proceso debe realizarse después de cada toma.
- La limpieza dentaria y de la cavidad bucal debe iniciarse el cepillado o el uso del dedal cuando aparecen los primeros dientes de leche, que suele ser alrededor de los 6 meses. Si esto se realiza con regularidad, es decir, después de cada toma, la instauración del cepillado se asumirá con total normalidad.
- Para realizar una instauración completa del cepillado se debe educar a los padres en la adquisición del hábito a través del juego, ya que a los primeros años de vida es la forma en la que se adquieren los hábitos que se perpetúan a lo largo de la vida.
- El cepillado debe durar entre dos y tres minutos y debe llegar a todas las partes de la boca y la estructura dentaria, de tal manera que se arrastra la placa de comida que queda pegada en las piezas dentales y con una mala higiene provoca la conocida caries.
- Junto al cepillado, se debe favorecer una alimentación libre de azúcares en la mayor medida, ya que se ha demostrado que en la actualidad el alto índice de caries en los menores se debe al alto consumo de azúcares en la dieta. Por ello, una dieta mediterránea va a impedir la aparición de caries.
- Los dientes de leche son veinte y suelen estar presentes todos alrededor de los tres años. Los cepillos que se deben facilitar en la educación sanitaria deben ser ergonómicos y atractivos para la infancia, de tal manera que promuevan el cepillado.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, podemos decir que los dientes son las estructuras básicas importantes que ejercen funciones primordiales en el habla, fonación y en el proceso digestivo. Desde el útero materno, la alimentación de la madre va a determinar el estado de los dientes de la futura vida.

Por lo tanto, se debe educar desde la más tierna infancia una higiene dentaria y oral que va a hacer frente a las posibles caries y enfermedades bucales como la gingivitis.

Por último, las etapas del desarrollo desde que se es bebé hasta los dientes definitivos son básicas para la salud dental, por ello debemos fomentar la realización de programas de educación dental en la que se haga partícipe a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

6 Bibliografía

1. Evangelina Pérez, Libro de técnicas básicas de enfermería. Ed. McGraw Hill. 2017
2. Pérez-Pérez A, Galbany J, Romero A, Martínez LM, Estebaranz F, Pinilla B, Gamarra B. Origen y evolución de los dientes: de los cordados primitivos a los humanos modernos. Rev. Esp Antropol Fís, 2010.
3. Cisneros Domínguez, Grethel, Hernández Borges, Yadira. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN.

Capítulo 158

LOS CUIDADOS POSTMORTEM POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ARELIZ ARITA GEMIO MAMANI

MARCIA LOURDES HIDALGO COVEÑA

MERCEDES MOLINA GARCIA

ANTONIA ROSA JÁTIVA CUERDA

ANTONIA JIMENEZ PEREZ

1 Introducción

La muerte es la fase final de toda la vida de un ser humano. Como profesionales sanitarios y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos ejercer una serie de funciones ante la muerte de un paciente. Se debe saber reconocer una serie de signos de muerte cierta que predicen el desenlace final, como son:

- Frialdad.
- Midriasis.
- Apnea.
- Electroencefalograma plano.
- Electrocardiograma plano.

En el momento en que el facultativo certifica la muerte, es decir, cuando se emite el certificado de defunción, el equipo de enfermería (enfermera – técnico en

cuidados auxiliares de enfermería) va a proceder a preparar el cuerpo, es lo que se conoce como los cuidados postmortem. Esto se realiza antes de trasladar el cuerpo al lugar que deciden sus familiares o en el caso de pacientes sin ellos, se suele donar a la ciencia el cuerpo del fallecido.
Ante el inminente desenlace se debe favorecer el acompañamiento de los familiares en estos momentos, teniendo en cuenta que las emociones desde un proceso empático y de humanización de los profesionales sanitarios. En la intimidad, se va a permitir que los familiares se despidan de su familiar.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe hacer uso, en este momento de agonía, del protocolo de intervención y de atención al paciente en fase agónica y a los familiares.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Describir el procedimiento de los cuidados postmortem para el técnico en cuidado auxiliares de enfermería.

Objetivo secundario:
- Exponer el material necesario para el proceso de amortajamiento de un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Las palabras clave: postmortem, familiares, duelo, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, entre otras.

4 Resultados

Dentro del Estatuto del Personal Sanitario no facultativo de la Seguridad Social, de 26 de abril de 1973, se describe como función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería las labores a realizar para preparar a un paciente cuando ha fallecido.

Dentro del procedimiento a seguir ante los cuidados postmortem del paciente debemos seguir un protocolo:
- Informar a la familia de las actuaciones a seguir y acompañarles en las necesidades que puedan tener con un sentimiento de humanidad.
- Garantizar un acondicionamiento del paciente correcto.
- Procesar toda la información y documentación necesaria dentro de la historia clínica.
- Realizar las técnicas de desinfección necesarias en el lugar donde se va a iniciar el proceso del duelo.
Las actividades a realizar:
- Procederemos a la actuación con el uso de guantes, mascarilla y bata para evitar infecciones y propagación de microorganismos por el centro hospitalario y a los familiares cuando pasen a despedirse del paciente. Se debe realizar una higiene lo más completa posible del paciente que incluye la higiene bucal y el peinado del cabello.
- Colocaremos los brazos sobre el pecho cruzados sujetándolos con vendas y pondremos las piernas rectas sujetándolas también con vendas.
- Finalmente, lo colocaremos dentro de una sábana a forma de mortaja, colocándole dentro del sudario, previamente se le retira la sonda vesical, vías y otros elementos que se colocan en el centro sanitario.
- Se cerrarán las puertas del resto de habitaciones para preservar la intimidad del fallecido y el celador va a proceder al traslado del cuerpo al mortuorio.
- Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería proceden a la limpieza, desinfección y recogida de la habitación del paciente, previamente se entregarán las pertenencias del fallecido, debidamente empaquetadas, a los familiares y, si no es posible, quedarán en custodia de los guardias de seguridad del centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, podemos decir que los cuidados postmortem son un procedimiento estipulado y marcado para aplicar a los pacientes que han fallecido, facilitando el acompañamiento de los familiares.
Dentro de los cuidados que se van a aplicar es necesario tener la capacidad de sistematizar el proceso para realizarlo sin riesgos ni errores. Ante todo se debe tener en cuenta a la familia que comienza a vivir el duelo ante la despedida de su familiar, por ello el hecho de entregar sus pertenencias es una forma de sentir que el paciente continua con ellos.

Por último, junto a la enfermera, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería preparará todo el material para poder atender y preparar al paciente sin olvidar su intimidad.

6 Bibliografía

1. Evangelina Pérez, Libro de técnicas básicas de enfermería. Ed McGraw Hill. 2017.
2. Estatuto del Personal Sanitario no facultativo de la Seguridad Social, de 26 de abril de 1973.
3. Protocolo cuidados postmortem del Complejo Universitario de Albacete. 2011.

Capítulo 159

LAS FUNCIONES EN LA PARTE DE PARTOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE LOS TÉCNICOS DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ

1 Introducción

Hablaremos sobre las funciones a seguir los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en los paritorios de los centros hospitalarios y de como tratar la mujer que va a dar a luz y el proceso con el bebe recién nacido.EllaA modo de introducción vamos a hablar de las salas de parto y vamos a dar una definición de lo que son estas y de los diferentes puntos . Podemos decir que las salas de parto son espacios destinados a los partos en los hospitales y clínicas. Estos espacios están concebidas para ser especialmente confortables y prácticas durante el parto. Tienen, por ejemplo, camas especiales para las posiciones del parto. Personal médico diverso especializado acompaña a las mujeres que van a dar a luz: las matronas, las auxiliares de puericultura, los TCAE y los enfermeros y el médico anestesista en caso de que sea necesaria la inyección epidural. En cambio, el parto por cesárea se desarrolla en el quirófano de partos, que también se denomina sala de cesáreas.

En este presente capítulo vamos a hablar del papel y la importancia que tienen los técnicos auxiliares de enfermería en las salas de parto y en los posteriores cuidados a las gestantes tras el parto.

2 Objetivos

-Explica e indicar las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería cuando las pacientes van a dar a luz en los centros hospitalarios

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

Es fundamental que el TCAE tenga capacidad de trabajo en equipo. no hay errores y todo está coordinado. Todo lo que hace el TCAE hay que hacerlo bien. asimismo, poseen un fuerte deseo de ayudar a los demás y promover el desarrollo.
Son deberes del TCAE previos a la entrega:
-Suplir a la futura madre con todas sus necesidades.
El TCAE deberá acondicionarlo adecuadamente cuando llegue el momento de la entrega.
-Límpielo si es necesario, luego prepare los suministros esterilizados.
Son deberes del TCAE después del parto:.
-Limpiar el quirófano y enviar los insumos para esterilización.
- Adoptar el hábito previsto del lugar donde se colocará al bebé.
-Una pulsera que aparecerá en el recién nacido servirá como identificación. la información de la madre y el bebé.
La madre y el bebé serán trasladados a la habitación donde el TCAE atenderá todas sus necesidades. tu comodidad y tranquilidad.
Para evitar que la futura madre se deshidrate, le dará de beber.
-Orientarlos y apoyarlos durante las etapas iniciales de la lactancia (la posición adecuada). a la mama colocación del pezón con el fin de evitar más grietas, duración. alimentación, asegurándose de que los orificios del bebé estén abiertos. Si la madre lo es, él (ella) la guiará.
Higiene infantil por primera vez.
-Instruir también a la madre sobre la correcta higiene íntima.

Él se asegurará de que la madre y el recién nacido estén en las mejores condiciones, y se asegurará de que el bebé tenga suficiente ropa y que la ropa interior sea repuesta. ambientales y sanitarias, de forma que se satisfagan todas sus necesidades.
Toda esta atención siempre se brindará en un entorno privado evitando. manipulación excesiva del bebé e interferencia de fuentes externas. que podría ser perjudicial tanto para la madre como para el niño.
Lo mismo ocurre con cualquier incidente que pueda ocurrir; debe informar a la enfermera. y anote cualquier posible detalle relevante que le venga a la mente.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto en este capítulo, las funciones, voy a concluir.
El TCAE realiza una variedad de tareas vitales antes, durante y después. dar a luz. Una profesión imprescindible es la de técnico auxiliar de enfermería.
Para infundir confianza al paciente es necesaria una comunicación activa y mucha empatía. para hacer el trabajo lo más fácil posible. por la cercanía, actitud y profesionalidad que aporta el lado más humano, haciendo que los pacientes se sientan más cómodos para el equipo médico. de los servicios de salud. atención prestada por técnicos auxiliares.
Enfermería tiene un impacto significativo en cómo los pacientes perciben la calidad.

6 Bibliografía

1. Sala de partos - Definición - CCM Salud
2. https://www.revistaportalesmedicos.com/.
3. https://revistamedica.com/.
4. https://formacionactivaprofesional.com/.
5. https://medinplus.gov/spanish/.

Capítulo 160

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS FUNCIONES CON LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS TRAUMATOLÓGICAS

ADELA MARÍA ORTEGA FERNANDEZ

1 Introducción

Como todas las plantas que conforman el centro hospitalario, la planta de traumatología tiene como objetivo principal la atención continuada y de calidad a todos los pacientes ingresados en la misma. En esta planta, como en el resto de plantas asistenciales, se intenta dar al paciente una atención que satisfaga todas sus necesidades y cuidados pre y postquirúrgicos, y para ello es muy importante la labor que realiza el equipo de profesionales sanitarios, entre los que se encuentra el auxiliar de enfermería.

Los pacientes ingresados en la planta lo hacen para ser derivados a una operación quirúrgica y cuando ya han sido operados, para ser atendidos y que puedan ser dados de alta del proceso traumatológico. Estos pacientes debido a su intervención, presentan poca movilidad, la gran mayoría, porque se han intervenido sus miembros superiores, inferiores y esto implica la necesidad y la demanda de poca movilización para su mejoría.

La planta se distribuye en un número de habitaciones, clasificadas por el tipo de operación quirúrgica, columnas y espaldas, ocupan las primeras habitaciones y

partes de miembros, como rodillas, clavículas, muñecas o pies, ocupan las habitaciones más alejadas del control de enfermería.
El equipo de profesionales que trabaja codo con codo diariamente está constituido por personal sanitario, como enfermeras, auxiliares de enfermería, traumatólogos; y por personal no sanitario, como celadores y auxiliares administrativos que son los que coordinan la secretaria de la planta.

2 Objetivos

-Conocer las funciones desarrolladas por el auxiliar de enfermería en la planta de traumatología.
-Describir cómo funciona en modo asistencial la planta de traumatología.

3 Metodología

La realización de este trabajo se ha llevado a cabo siguiendo una búsqueda exhaustiva e intensa a través de diferentes buscadores y con la lectura de revistas científico-técnicas, con el objetivo de dotar de mayor fiabilidad y validez a lo expuesto en el presente trabajo. De este modo, se destacan buscadores como Pubmed, Google Académico, Medline, Dialnet, etc.

4 Resultados

Las funciones del auxiliar de enfermería en la planta de traumatología se pueden resumir en las siguientes:
-Colabora con las enfermeras de la planta en la recogida de los datos clínicos del paciente, realizados dos veces en cada turno, de mañana, tarde y noche. Estos datos, la auxiliar los apunta en la hoja clínica de cada paciente, para proceder a entregar al enfermero o enfermera de turno dicha hoja, para la valoración del estado del paciente.
-Colabora con las enfermeras de la planta en la colocación de sondas, sueros y oxígeno, teniendo especial cuidado en la revisión de las mismas en cada una de las visitas al paciente para que estén en perfecto estado de colocación.
-Reparte las dietas en cada comida a los pacientes, y en caso necesario ayuda al paciente a su alimentación.
-Junto con el celador de la planta, asea a los pacientes, con especial cuidado, con

aquellos que tienen inmovilizado alguna parte de su cuerpo, evitando mojar escayolas y vendas del paciente.
-Coloca y retira los pañales a aquellos pacientes que por sus circunstancias de diagnósticos necesitan los mismos.
-Prepara y revisa a los pacientes que van a ser traslados por el celador a las pruebas diagnósticas, prestando especial interés en sondas y vías, e informando al celador de los mismos cuidados.
-Retira la ropa de cama de los pacientes que han sido dados de alta, volviendo a realizar la cama, una vez que el servicio de limpieza ha limpiado y desinfectado la habitación.
-Coloca, con la ayuda del celador, las tensiones y arcos, que el paciente necesita, según las indicaciones del personal médico y de enfermería.
-En caso necesario, colabora, con el personal de enfermería en la colocación de sueros, reponiéndolos en caso necesario.
-Coloca el almacén de la planta, una vez por semana, cuando el servicio de almacén realiza la entrega del material demandado.
En todos los cambios de turno, el auxiliar de enfermería, deberá pasar las incidencias habidas y los pormenores de aquellos pacientes que sean precisos, a los auxiliares de enfermería que les relevan.

5 Discusión-Conclusión

Con lo expuesto en el presente trabajo, se puede afirmar la gran relevancia que tiene el papel del auxiliar de enfermería en la planta de traumatología, donde la pronta recuperación de los pacientes, en gran medida, es fruto de su atención y cuidado con los mismos, poniendo toda su profesionalidad y medios, para que la planta de traumatología tenga un correcto funcionamiento.
Esta planta tiene ingresos diarios y a todas horas de los turnos del auxiliar de enfermería, y por ello, este debe estar siempre atento a los acontecimientos, igualmente en los episodios de urgencia que puedan aparecer en cualquier momento.

6 Bibliografía

1. Las funciones del tcae en el cuidado del enfermo en planta. Disponible en: https://revistamedica.com
2. Unidad de enfermería de traumatología. Disponible en: https://sectorteruel.salud.aragon.es

3. Funciones del auxiliar de enfermería. Disponible en: https://www.auxiliarenfermería.com

Capítulo 161

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ROSA MARÍA SERRANO FUENTES

CONSUELO CORCOLES LÓPEZ

TERESA LOPEZ ALVAREZ

ANGELA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

M.DEL PILAR GONZALO ANGULO

1 Introducción

En este capítulo vamos a ver cuál es la función, el del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de urgencias.
El paciente que acude al servicio de Urgencias es aquel que necesita ser atendido de forma más o menos urgente, otro de los pacientes que nos podemos encontrar en el servicio de atención de Urgencias es aquel que necesita ser atendido de forma inminente, ya que su vida puede estar comprometida.
Una de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), dentro del servicio de Urgencias, es la de recepcionar al paciente comprobando con su tarjeta sanitaria que realmente se trata del mismo, el cual previamente ha sido registrado en la base de datos por los administrativos.

Una vez que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TACE) se ha cerciorado que es el paciente que tiene que ser atendido, acompaña al mismo a la zona de triaje.
En esta zona el resto del equipo de enfermería hace una entrevista al paciente para ver qué síntomas tiene y por qué ha acudido a urgencias. El TCAE debe ayudar al paciente, en caso de que este no pueda, a posicionarse de la manera correcta para que el resto del equipo de enfermería le realice las pruebas pertinentes, ya sea ayudarle a desvestirse, a tumbarse en la camilla, colaborar para tomarle las constantes vitales, …
Aparte de esto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene muchas funciones importantes dentro del servicio de urgencias que las veremos a continuación.

2 Objetivos

Determinar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el Servicio de Urgencias.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una investigación en libros y revistas científicas, páginas online donde habla de la importancia del técnico en cuidaos auxiliares de enfermería en el servicio de urgencias, utilizando bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, además de la propia experiencia de trabajo en el servicio de urgencias.

4 Resultados

Los casos por los que un paciente acude al servicio de Urgencias de un hospital pueden ser:
- El paciente puede acudir a este servicio por un motivo de emergencia. Una emergencia es cuando un paciente necesita una asistencia de forma inmediata, ya que si no su vida puede verse comprometida, ya sea una parada cardiaca, un accidente de tráfico, un derrame cerebral, …
- Otra de las causas por la que un paciente puede acudir al servicio de Urgencias es por tener algún tipo de dolencia que en el servicio de atención primaria no puede

ser resuelto, en el servicio de urgencias se le pueden realizar pruebas específicas como pueden ser radiografías, TAC, …

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es muy variada dentro del servicio de urgencias:

- Lo primero que hace es recepcionar al paciente que haya sido registrado previamente por nuestros compañeros, los administrativos, cerciorándose junto con la tarjeta sanitaria de que se trata de ese paciente.
- Después, el TCAE acompaña a dicho paciente al box de triaje, en el cual el resto del equipo de enfermería le hace una entrevista inicial, realizándole ciertas pruebas para saber a qué especialista derivarlo. La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en este box es la de ayudar y colaborar junto con el resto de equipo de enfermería, a tomar las constantes vitales, ayudar en caso de que sea necesario al paciente a desvestirse, a tumbarse en la camilla, a levantarse de la camilla, …
- Un papel muy importante del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es asegurarse de que el paciente está bien en todo momento y de que en cualquier momento puede tener un síntoma que necesite atención inmediata. En este caso, el TCAE debe de avisar rápidamente al resto del equipo de enfermería y equipo médico.
- El TCAE debe de controlar a todos los pacientes que se les haya puesto una vía y se esté administrando medicación, debe de asegurarse que la medicación no se ha terminado y que está siendo suministrada de forma efectiva.
- Debe de informar de cualquier cambio que haya en la administración de la medicación.
- Colaborará, junto con el resto del equipo de enfermería, a preparar al paciente una vez haya sido dado de alta, o de preparar a dicho paciente si este va a ser ingresado en cualquier planta del hospital.
- Otra función importante del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es la de atender a todos los pacientes que estén en el box de observación, ya sea haciéndoles cambios posturales para evitar las úlceras por presión, en la toma de las constantes vitales, vigilando la sonda y la bolsa donde se deposita la orina en el caso de que este paciente estuviese sondado, hacer los cambios de pañal pertinente, entre otras cosas.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de urgencias es muy importante, ya que lo que se quiere conseguir es el bienestar del paciente durante todo el tiempo que permanezca ingresado o esté siendo atendido en este servicio.
Por supuesto, una de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de urgencias es también dar apoyo psicológico tanto al paciente como a los acompañantes del mismo, dándole un buen trato, teniendo la empatía y generando un clima de tranquilidad y bienestar.

6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias/
https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/.

Capítulo 162

CLASIFICACION Y EL USO DE DRENAJES. CONOCIMIENTO Y APLICACION POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA MARÍA CORDOVILLA VILLENA

EVA MARÍA ACEBRÓN SALMERÓN

AMPARO SAN PEDRO LOPEZ

FÁTIMA BENDRIS BENSARGHIN

VERÓNICA NAVARRO GONZÁLEZ

1 Introducción

Los drenajes son unos mecanismos en forma de tubo, que se utilizan en las distintas ramas sanitarias que permiten que salgan al exterior líquidos del organismo, secreciones, derrames o gases a través de ellos, los cuales se encuentran unidos a un recipiente herméticamente cerrado con presión negativa. En cirugía son muy utilizados para extraer la sangre y otros fluidos que permanecen en el cuerpo del paciente y que se acumulan tras la intervención. Las funciones de un drenaje son:
• Al quedar en un recipiente cerrado se puede medir la cantidad que sale del organismo para evaluar la situación del paciente.

• Se logra cicatrizar más rápidamente.
• Permite que no se acumulen gases y líquidos, los cuales pueden favorecer el dolor y la inflamación.
Aunque ya hemos visto las ventajas, también implica una serie de inconvenientes como son:
- Facilita que exista una vía de entrada a todo tipo de microorganismos.
- Queda poca movilidad para el paciente.
- Producen ciertas molestias al paciente tenerlos colocados.

El equipo facultativo es quien pauta y pone los drenajes necesarios, pero la vigilancia y sus cuidados es una tarea propia del TCAE, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, el cual tendrá un exhaustivo conocimiento de los distintos tipos de drenajes utilizados y el por qué de su colocación, los tendrá que sustituir cuando sea necesario por rotura u obstrucción, vigilará el color, la densidad y el olor del material recogido, observará su permeabilidad, tendrá especial cuidado de que no se sale de su sitio a la hora de hacer la cama y del aseo del paciente, etc.

2 Objetivos

Desarrollar las tareas que realiza el TCAE en los cuidados y sustitución de drenajes, resaltando la importancia de conocer los distintos tipos que existen.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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

Los drenajes hay de de varios tipos según el objetivo que se pretende conseguir:
1/ Por el elemento que les permite drenar.
- Pasivos: que necesitan la fuerza de la gravedad para que salgan los fluidos.
- Activos: utilizan presiones altas y bajas para drenar.
2/ Según el circuito de drenaje:

- Abiertos: se aboca a la misma piel sobre compresas o gasas.
- Cerrados: el tubo proximal se aboca a un recipiente estéril.

3/ Según el objetivo a conseguir:
- Diagnóstico: para así saber el cuadro que presenta el paciente.
- Profiláctico: evita que los fluidos perjudiquen la cicatrización en cirugías.
- Terapéutico: para eliminar colecciones que se han generado

4/ Según el elemento usado para su drenaje: hay muchos tipos como de Kher, axión, Penrose,de Redón, de Tejadillo, de Saratoga, de Jackson Pratt, Abramson, etc.

El TCAE, lleva a cabo una serie de tareas según el protocolo establecido en el área que trabaje en cuanto al mantenimiento del drenaje:

1/ Lo primero será lavarse las manos y colocarse guantes.

2/ Cuando sea necesario limpiará y cambiará los recipientes que recogen el material que sale al exterior.

3/ Observa y apunta la cantidad exacta que se evacua, así como el color, la cantidad y el olor para que el equipo medico tenga información de la evolución del paciente y su drenaje.

4/ Ayuda a enfermería o al médico en la colocación del drenaje aportando todo el material que se necesite.

5/ A la hora de retirarlo colabora en lo necesario, estando pendiente del paciente por si presenta dolor o molestia.

6/ Es importante que no exista una reabsorción del material que sale, los llamados reflujos, por eso siempre debe estar elevado el drenaje más arriba que la herida.

7/ Es relevante que el TCAE sepa que los drenajes simples se van extrayendo unos 2 o 3 cm al día para que cierre lentamente, nunca se retiran de una vez.

8/ Informar al equipo médico y de enfermería de cualquier incidente que observe.

9/ Debe vigilar que el punto de anclaje no se arranque a la hora de hacer la cama, en el aseo o en los cambios posturales del paciente.

10/ Diariamente o cuando se necesite debe de curar el anclaje y la herida, con técnica aséptica y cambio del apósito, observando que funciona correctamente el sistema de aspiración.

5 Discusión-Conclusión

Los drenajes son dispositivos muy utilizados en la medicina, sobre todo después de cirugías, para promover que los líquidos del cuerpo como la sangre, orina, secreciones o incluso aire, puedan salir fácilmente. Su pautado y colocación la

hace el médico, siendo tarea de enfermería sus cuidados ayudados por el TCAE, que será el que colabora en todo lo necesario para que este sistema ofrezca buenos resultados, observando que no se obstruye, que el material exudado tiene el color y olor que se espera, midiendo la cantidad diaria que sale al exterior, teniendo cuidado de que no se salga el punto de anclaje cuando se realice el aseo o la cama, evitando que se generen reflujos de los fluidos, etc.

De ahí la importancia de que el TCAE conozca la distinta tipología de los mismos y su manipulación adecuada, así como los inconvenientes que pueden aparecer, siendo la más común la entrada de microorganismos o contaminación por estar abocado al exterior.

6 Bibliografía

1. Técnicos en Cuidados de Enfermería. Editorial Mad
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google: TCAE, drenajes, tipos de drenajes.
3. Técnicos en Cuidados de Enfermería. Editorial Mad.
4. https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-guia-enfermeriaextraccion-drenaje-quirurgico-S021253821630053X
5. https://revistamedica.com/cuidados-tcae-drenajes/
6. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-los-drenajes-tipos-indicaciones-complicaciones/

Capítulo 163

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE PACIENTES CON NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN ESPECIFICAS Y LOS DISTINTOS TIPOS DE DIETAS

ANA MARÍA CORDOVILLA VILLENA

EVA MARÍA ACEBRÓN SALMERÓN

AMPARO SAN PEDRO LOPEZ

FÁTIMA BENDRIS BENSARGHIN

VERÓNICA NAVARRO GONZÁLEZ

1 Introducción

En el entorno hospitalario, la alimentación y la hidratación son el pilar fundamental para favorecer la sanación del paciente y su pronta recuperación, todo ello, acompañado del tratamiento sanitario y farmacológico adecuado y específico según el cuadro médico que presente. En otras ocasiones en el que el paciente esté muy crítico, la alimentación jugará un papel para la supervivencia. Con la alimentación se obtienen vitaminas, oxígeno, glucosa, aminoácidos y minerales, de ahí viene la importancia de la figura del dietista o nutricionista del hospital, el

cual se encarga del diseño y planificación de las distintas dietas que se elaboran en la cocina del hospital.

Cuando se elabora una dieta, no solo se tiene en cuenta los valores nutricionales y su perfecto equilibrio, sino tambien que sea un plato apetecible, agradable para el paciente que tiene dolor, preocupación y que quizás haya perdido el apetito, para eso debe existir una perfecta coordinación y profesionalidad entre cocineros, dietistas y pinches. Además debe haber un control en la conservación y manipulación de los alimentos, los cuales permitirán mantener el peso adecuado del paciente, sus reservas nutricionales y los niveles de energía.

En el tema de la alimentación también entra en juego la labor del TCAE, ya que cuando el paciente no puede satisfacer sus necesidades de nutrientes por sí mismo, deberá de ayudarlo, velando porque intente comer aunque no tenga demasiado apetito y que tome la suficiente agua, encargándose de la limpieza de la boca y de las manos al terminar, observando que no se producen atragantamientos, etc. Además servirá de apoyo al equipo de enfermería en la colocación de los dispositivos que se requieran.

2 Objetivos

- Explicar el papel que desempeña el TCAE a la hora de atender a pacientes con unas características específicas de alimentación y su conocimiento acerca de los diferentes tipos de dietas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos:Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las dietas en un hospital se identifican mediante un código, que podrán ser unos números, colores o letras, para así nombrarla e identificarla más rápidamente,

siendo las dietas más populares: basal, líquida y túrmix. El TCAE deberá de conocerlas y comprobar que ofrece al paciente correcto, comprobando si el paciente puede comer por sí mismo o necesitara de su ayuda, a veces esta labor la realizan los familiares o acompañantes. Veamos los siguientes tipos de dietas:

- Dieta líquida: se caracteriza por la liquidez en los alimentos, tambien se contempla los semi-líquidos como: leche, agua, caldos, infusiones, zumos de frutas o verduras y preparados comerciales de nutrición enteral. Dándose sobre todo a pacientes recién operados o que no puedan masticar.
- Dieta blanda: nos referimos a purés, natillas, yogur y tortilla francesa, porque tienen textura suave y blanda, indicada para favorecer el proceso de digestión y como paso siguiente a una dieta líquida.
- Dieta basal: se aportan alimentos crudos y cocidos que no existen en el resto de dieta ofreciendo todos los nutrientes sin alterar la consistencia de los alimentos.
- Dieta absoluta: la persona no puede tomar nada por vía oral según pauta facultativa debido a la realización de una intervención quirúrgica y tras ella, en casos de coma profundo o de fístula esofagotraqueal.
- Dieta fraccionada: se caracteriza por hacer seis comidas al día con los alimentos de una dieta blanda, pautada sobre todo en pacientes con cirrosis, intolerancia a las comidas, úlceras en el estómago,con infartos, etc.
- Dieta según tolerancia: utilizada en pacientes operados, iniciándose con dietas líquidas, después blandas hasta llegar a la normalidad y a la tolerancia completa.
- Dieta para pacientes oncológicos: dadas las características de estos pacientes, y sus náuseas y poco apetito, se intenta presentar los platos de forma atractiva y apetecible.
- Dieta hipocalórica: su contenido calórico es de 1.200 calorías e incluso algo menos para bajar de peso.
- Dieta hipercalórica: su contenido calórico es aproximadamente de unas 4.000 calorías, aconsejada para personas con problemas desnutridas o que deben aumentar de peso.
- Dieta hipoproteica: el consumo de proteínas está limitado a unos 40-60 gramos diarios, al no poderse asimilar bien las proteínas.
- Dieta hiperproteica: en este caso hay un aporte mayor de proteínas, para conseguir la reparación o regeneración de tejidos.
- Dieta sin gluten, baja en colesterol, en sal, grasas, o en hidratos de carbono.
- Dieta astringente: para casos de diarrea o postoperatorios que afecten al intestino, se excluyen o limitan los alimentos ricos en fibra.
-Dieta laxante o rica en fibra: en casos de estreñimiento crónico se ofrecen alimentos que contengan fibra.

5 Discusión-Conclusión

Las dietas hospitalarias tienen por objetivo mantener un nivel nutricional óptimo y mejorar la salud del paciente, a la vez que se prioriza una buena presentación y un buen sabor, ya que como sabemos, el hecho de que un paciente esté ingresado y con dolor o preocupación, hará que tenga menos hambre. Es por ello que el TCAE debe de evaluar al paciente, y observar si puede comer por sí mismo, y las características de su alimentación, para comprobar que la bandeja de comida que se le ofrece es la pautada por el facultativo.

El TCAE debe de conocer los distintos tipos de dietas existentes, según el cuadro clínico del paciente pueden ser: basal, laxante, o astringente, hipercalórica, hipocalórica, líquida, blanda, etc. Vigilando la cantidad de comida que ha ingerido y si toma la suficiente cantidad de agua o líquidos.

6 Bibliografía

1. Tecnicos en Cuidados de Enfermeria. Editorial Mad.
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo :TCAE, tipos de dietas en centros hospitalarios, auxiliar de enfermería, dietas y alimentación.
3. El papel del TCAE en la alimentación y la nutrición - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
4. ww.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos/dietashospitalarias-definición-y tipos-fundamentales.
5. Formacion Logoss.

Capítulo 164

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE ENEMAS Y SU CLASIFICACIÓN

ANA MARÍA CORDOVILLA VILLENA

EVA MARÍA ACEBRÓN SALMERÓN

AMPARO SAN PEDRO LOPEZ

FÁTIMA BENDRIS BENSARGHIN

VERÓNICA NAVARRO GONZÁLEZ

1 Introducción

Los enemas son soluciones acuosas que se introducen por el recto y el colón a través del ano para regular el tránsito intestinal y su flora, siendo comúnmente confundido con los laxantes, pero la ventaja existente es que el enema no irrita el colon, sirviendo para objetivos diagnósticos o terapéuticos. En realidad es una lavativa, siendo la forma más conocida y efectiva para limpiar el recto y el colon descendente a través de provocar una evacuación de restos y heces.

Y es que hoy día existe mucho estreñimiento en la población a cualquier edad, debido a la alimentación, al trabajo sedentario, al consumo escaso de frutas y verduras, o ya sea a causa del envejecimiento, toma de ciertos medicamentos u enfermedades que tienen este trastorno como efecto secundario. Se considera estreñimiento cuando las deposiciones son menor a tres veces a la semana, con heces duras y secas debido al tiempo que permanecen en el intestino y a su absorción de líquidos, y generalmente afecta más a mujeres y mayores de 65 años. Se emplea con distintos objetivos:
- Limpieza del intestino para operaciones quirúrgicas, obtención de diagnósticos y en los partos.
- Facilitar la evacuación de las heces o que se ablanden.
- Favorecer la expulsión de gases y acrecentar los movimientos peristálticos del intestino.
- Mejorar la constipación.

El TCAE cuando se disponga a administrar un enema, siempre pautado por un médico tendrá que observar al paciente y ver como se encuentra, ya que si existe algún signo de reacción vagal tendrá que avisar al médico o DUE, parando el proceso hasta nuevas órdenes. detendremos la infusión.

2 Objetivos

- Explicar el papel que desempeña el TCAE a la hora de la aplicación de enemas para fines terapéuticos o diagnósticos, y su conocimiento acerca de los distintos tipos existentes según las necesidades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos:Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los enemas están contraindicados en casos de apendicitis, peritonitis, trauma abdominal o cirugía abdominal reciente. El TCAE deberá de seguir una serie de

pautas a la hora de aplicarlo al paciente:

- Lo primero será lavarse las manos y ponerse guantes, para después preparar todo el material que se necesite como son: toalla, sonda rectal, palangana con agua templada, cuña, empapadores, esponja y el enema conforme a la temperatura del organismo.
- Acercarse al paciente con todo el material e informarle del procedimiento, instándole a que vacíe la vejiga para su comodidad y observando que ofrece su consentimiento.
- Poner un empapador en la cama, colocando al paciente con la ayuda de otra TCAE o un celador en posición decúbito lateral izquierdo con rodillas flexionadas.
- A veces es necesario realizar un aseo anal o genital, antes de empezar.
-Colocará el sistema de irrigación con el enema en el soporte a una altura de 40cm aproximadamente por encima del ano.
- A continuación se conecta la sonda rectal al sistema de irrigación, para después purgar todo el canal y pinzarlo.
- La sonda, previa lubricación, se introducirá de 7,5-10 cm en adultos, 5-7,5 cm en niños y 2.5-3.75 en lactantes, siempre en dirección arriba y atrás, sin forzar.
- Se despinza para que se pueda administrar la solución acuosa.
- El TCAE debe comprobar que si el paciente no aguanta y lo expulsa, deberá de parar y continuar despues.
- Cuando se vacíe se pinzará otra vez para que no entre aire, y se retirará la sonda, informando al paciente que lo retenga de 5 a 10 min o el tiempo que indique el médico o en el caso de tratarse de un enema de retención.
- Se debe de observar las heces para comentárselo a la enfermera, realizando un aseo si estuviera encamado y fuera necesario.
- Una vez acabado el proceso, se recogerá todo el material, nos quitaremos los guantes y realizaremos el lavado de manos.
- Anotar cualquierincidencia que haya podido ocurrir para que el equipo médico y de enfemería tenga constancia.

Normalmente no suelen causar efectos adversos, pero sí ciertas molestias como: escozor anal, dolor abdominal, náuseas, trastornos electrolíticos o proctitis. Un uso frecuente de enemas puede repercutir en irritaciones y pérdida del tono muscular del intestino y esfínter anal. Además se debe de tener en cuenta que en enfermos con hemorroides se le pueden administrar enemas siempre y cuando la cánula de la solución esté debidamente lubricada.

5 Discusión-Conclusión

Los enemas son soluciones acuosas que se introducen por el recto y el colón con distintos fines para favorecer la salida de heces y su ablandamiento, con el fin de eliminar un estreñimiento, o para la realización de una prueba diagnostica en la que se necesite que el intestino esté limpio o para una operación quirúrgica. El encargado de aplicarla será el TCAE, el cual deberá de tener toda la información de como se utiliza, sus efectos adversos, así como la habilidad necesaria para que resulte exitosa, y así se garantice la consecución del objetivo que se persiga con su aplicación.

El papel del TCAE es fundamental en la administración del enema, debiendo de tener en cuenta que si al introducir el enema hay que forzar para poder administrarlo se suspenderá la aplicación de manera urgente, comunicándoselo al equipo médico o de enfermería inmediatamente, al igual que nunca deberá de hacerse sin una prescripción médica.

6 Bibliografía

1. Tecnicos en Cuidados de Enfermeria. Editorial Mad.
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo :TCAE, enemas, importancia de los enemas.
3. Grado medio Tecnico en Cuidados Auxiliares den Enfermería.
4. El TCAE y la administración de un enema al paciente hospitalizado - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)

Capítulo 165

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ESTERILIZACIÓN DEL MATERÍAL QUIRÚRGICO NECESARIO EN UNA INTERVENCIÓN POR CESAREA

MILAGROS MARTÍNEZ VILLARREAL

ALEJANDRA GÓMEZ DÍAZ

ANA ISABEL BEATO MERINERO

SILVIA CEBRIAN SANCHEZ

MABEL REAL LARA

1 Introducción

El material quirúrgico utilizado en una cesárea es una combinación de instrumentos y suministros necesarios para realizar de manera segura y efectiva el procedimiento. A continuación, se describen algunos de los elementos más comunes utilizados en una cesárea:

Instrumental quirúrgico: Esto incluye tijeras, pinzas, portaagujas, retractores,

separadores, cuchillos quirúrgicos, pinzas hemostáticas y otras herramientas específicas para el procedimiento. Estos instrumentos se utilizan para realizar incisiones, manipular tejidos y órganos, y controlar el sangrado durante la cirugía.

Suturas: Se utilizan hilos quirúrgicos estériles para cerrar las incisiones realizadas durante la cesárea. Hay diferentes tipos de suturas, como las suturas absorbibles y no absorbibles, que se seleccionan según la preferencia del cirujano y el tipo de tejido que se está suturando.

Campos quirúrgicos: Son telas estériles que se colocan sobre el área quirúrgica para mantenerla libre de contaminación. Los campos quirúrgicos se utilizan para crear una barrera estéril alrededor del sitio de incisión y reducir el riesgo de infecciones.

Gasas y compresas: Se utilizan para absorber líquidos y mantener el campo quirúrgico limpio y seco. Estas gasas y compresas son estériles y se utilizan para limpiar el área quirúrgica y mantener una buena visualización durante el procedimiento.

Anestesia y medicamentos: Se utilizan diversos medicamentos y anestésicos para garantizar el confort y la seguridad de la paciente durante la cesárea. Esto incluye anestesia local o regional, así como medicamentos para controlar el dolor, prevenir infecciones y tratar cualquier complicación que pueda surgir durante el procedimiento.

Es importante tener en cuenta que el material quirúrgico utilizado en una cesárea puede variar según el hospital, el cirujano y las preferencias individuales. El equipo quirúrgico debe seguir estrictos protocolos de esterilización y uso de equipos y suministros desechables para garantizar la seguridad y la prevención de infecciones.

El material quirúrgico utilizado en una cesárea incluye instrumental quirúrgico, suturas, campos quirúrgicos, gasas y compresas, así como anestesia y medicamentos. Estos elementos son fundamentales para realizar la cesárea de manera segura y efectiva, proporcionando los instrumentos necesarios para el cirujano y asegurando un ambiente estéril para minimizar el riesgo de infecciones y complicaciones.

2 Objetivos

Exponer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la esterilización del material quirúrgico.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han tenido en cuenta los buscadores indexados más comunes en este tipo de investigación, siendo los más empleados PUBMED y SCIELO de los cuales, se hizo una posterior selección concienzuda para realizar este capítulo por técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel crucial en la esterilización del material quirúrgico utilizado en una cesárea. Sus funciones son fundamentales para garantizar que los instrumentos y suministros estén estériles y listos para su uso durante el procedimiento. A continuación, se describen algunas de las funciones principales del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la esterilización del material quirúrgico:

Preparación del material: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encarga de recoger el material utilizado en la cesárea y prepararlo para su esterilización. Esto incluye identificar los instrumentos y suministros, verificar su integridad y limpieza, y organizarlos adecuadamente para el proceso de esterilización.

Limpieza inicial: Antes de la esterilización, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería realiza una limpieza inicial del material quirúrgico. Esto implica retirar cualquier residuo orgánico visible utilizando técnicas y productos de limpieza adecuados. Es fundamental seguir las pautas de limpieza establecidas y utilizar equipos de protección personal para garantizar la seguridad y la prevención de infecciones.

Empaquetado y etiquetado: Una vez limpio, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encarga de empaquetar los instrumentos y suministros en bolsas o contenedores adecuados para la esterilización. Es importante asegurarse de

que los paquetes estén debidamente sellados y etiquetados con la información necesaria, como la fecha de esterilización y el contenido.

Proceso de esterilización: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería colabora en la esterilización del material utilizando los métodos y equipos apropiados. Esto puede incluir la esterilización en autoclave, donde los paquetes se someten a altas temperaturas y presión para eliminar cualquier microorganismo presente. También puede participar en la esterilización química o el uso de radiación para ciertos materiales sensibles al calor.

Control de calidad: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es responsable de realizar controles de calidad para asegurar que el proceso de esterilización haya sido efectivo. Esto puede incluir pruebas biológicas o químicas para verificar la eficacia de la esterilización. Además, el técnico debe registrar y documentar adecuadamente los resultados de los controles de calidad.

Almacenamiento y distribución: Después de la esterilización, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encarga de almacenar correctamente el material quirúrgico esterilizado en áreas designadas. También es responsable de distribuir el material al área quirúrgica en el momento adecuado, asegurándose de que se mantenga la integridad de la esterilidad.

Es fundamental que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería siga todas las pautas y protocolos establecidos para la esterilización del material quirúrgico. Además, debe mantener un entorno de trabajo limpio y ordenado, asegurándose de cumplir con los estándares de seguridad y prevención de infecciones.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel importante en la esterilización del material quirúrgico utilizado en una cesárea. Sus funciones incluyen la preparación del material, la limpieza inicial, el empaquetado y etiquetado, la participación en el proceso de esterilización, el control de calidad y el almacenamiento y distribución adecuados. Su trabajo minucioso y cumplimiento de los estándares de esterilización son fundamentales para garantizar la seguridad y prevención de infecciones durante el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

La función segura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la esterilización del material quirúrgico utilizado en una cesárea implica seguir rigurosamente los protocolos de esterilización establecidos. Esto incluye realizar

una limpieza inicial adecuada, empaquetar y etiquetar correctamente el material, utilizar los métodos de esterilización adecuados, realizar controles de calidad y mantener un entorno de trabajo limpio y ordenado. Además, el técnico debe utilizar equipos de protección personal y seguir las precauciones estándar para prevenir la propagación de infecciones. La función segura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería garantiza la integridad de la esterilidad y contribuye a la seguridad y bienestar de los pacientes durante la cesárea.

6 Bibliografía

Márquez, F. C. (2007). TCAE en el servicio de esterilización. Editorial Vértice.

Capítulo 166

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ESTERILIZACIÓN POR ÓXIDO DE ETILENO

MILAGROS MARTÍNEZ VILLARREAL

ALEJANDRA GÓMEZ DÍAZ

ANA ISABEL BEATO MERINERO

SILVIA CEBRIAN SANCHEZ

MABEL REAL LARA

1 Introducción

La esterilización por etileno es un método utilizado para eliminar todos los microorganismos presentes en instrumentos, dispositivos médicos y otros productos sensibles al calor. Es un proceso químico que se realiza en cámaras especiales llamadas esterilizadores por etileno.

El etileno es un gas incoloro e inflamable que tiene propiedades desinfectantes y esterilizantes. Durante la esterilización por etileno, los objetos a esterilizar se colocan en la cámara de esterilización junto con una mezcla de gas de etileno y vapor de agua. El gas de etileno penetra en los materiales y destruye los microorganismos al interferir con su metabolismo y capacidad reproductiva.

El proceso de esterilización por etileno consta de varias etapas. En primer lugar, se carga la cámara de esterilización con los objetos a esterilizar y se sella herméticamente. Luego, se inyecta una mezcla controlada de gas de etileno y vapor de agua en la cámara. La temperatura y la humedad se controlan cuidadosamente para garantizar la eficacia del proceso.

Después de una exposición determinada, se inicia una etapa de aireación en la que se extrae el gas de etileno y se ventila la cámara para eliminar cualquier residuo. Esto se hace para garantizar que los productos esterilizados sean seguros para su uso y no presenten niveles dañinos de gas de etileno.

La esterilización por etileno es ampliamente utilizada en entornos médicos y de cuidado de la salud para esterilizar instrumentos quirúrgicos, dispositivos médicos sensibles al calor, materiales de cateterización y otros elementos que no pueden ser sometidos a altas temperaturas. Es especialmente útil para esterilizar objetos delicados o con componentes electrónicos que podrían dañarse con otros métodos de esterilización.

Es importante destacar que la esterilización por etileno requiere un equipo especializado y capacitado para su correcta implementación y cumplimiento de los estándares de seguridad. Además, se deben seguir las recomendaciones y regulaciones establecidas por las autoridades sanitarias correspondientes para garantizar la eficacia y seguridad del proceso de esterilización por etileno.

2 Objetivos

Describir la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la esterilización por óxido de etileno.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han tenido en cuenta los buscadores indexados más comunes en este tipo de investigación, siendo los más empleados PUBMED y SCIELO de los cuales, se hizo una posterior selección concienzuda para realizar este capítulo por técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la esterilización por etileno son cruciales para garantizar la seguridad y eficacia del proceso. A continuación, se describen algunas de las funciones principales del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la esterilización por etileno:

Preparación del material: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encarga de preparar el material antes de la esterilización por etileno. Esto incluye verificar que los instrumentos y dispositivos estén limpios y en buen estado, y organizarlos adecuadamente en las bandejas o recipientes de esterilización.

Carga y descarga de la cámara de esterilización: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es responsable de cargar la cámara de esterilización con el material preparado de manera segura y ordenada. Esto implica colocar los objetos de manera que no obstruyan el flujo de gas y siguiendo las instrucciones de carga específicas del equipo de esterilización. Al finalizar el ciclo de esterilización, el técnico también se encarga de la descarga del material esterilizado de la cámara.

Operación del equipo de esterilización: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es responsable de operar el equipo de esterilización por etileno. Esto implica seguir las instrucciones del fabricante y los protocolos establecidos para el proceso de esterilización. El técnico debe monitorear y controlar los parámetros de temperatura, humedad y tiempo de exposición para asegurar la efectividad de la esterilización.

Cumplimiento de normas de seguridad: Durante el proceso de esterilización por etileno, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe cumplir estrictamente con las normas de seguridad establecidas. Esto incluye utilizar equipo de protección personal adecuado, como guantes, mascarillas y gafas de seguridad, para protegerse de cualquier exposición al gas de etileno. Además, el técnico debe seguir los procedimientos de manejo y almacenamiento seguro del gas de etileno.

Control de calidad: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería también es responsable de realizar controles de calidad para asegurar la efectividad de la esterilización por etileno. Esto puede incluir la verificación de los indicadores químicos o biológicos que demuestran la esterilidad alcanzada. Además, el técnico debe documentar adecuadamente los resultados de los controles de calidad.

Mantenimiento y limpieza del equipo: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería participa en el mantenimiento y limpieza del equipo de esterilización

por etileno. Esto implica seguir los procedimientos de limpieza y desinfección recomendados por el fabricante para mantener el equipo en condiciones óptimas y listo para su uso.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel fundamental en la esterilización por etileno. Sus funciones incluyen la preparación del material, la carga y descarga de la cámara de esterilización, la operación del equipo de esterilización, el cumplimiento de las normas de seguridad, el control de calidad y el mantenimiento del equipo. Su trabajo minucioso y cumplimiento de los estándares de esterilización son esenciales para garantizar la seguridad y prevención de infecciones durante el proceso de esterilización por etileno.

5 Discusión-Conclusión

La precaución principal del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la esterilización por óxido de etileno es garantizar la seguridad y evitar la exposición al gas de óxido de etileno. Este gas es altamente inflamable y puede ser tóxico para los seres humanos si se inhala o se absorbe a través de la piel en cantidades significativas. Por lo tanto, el técnico debe seguir estrictamente los protocolos de seguridad, incluyendo el uso de equipo de protección personal adecuado, como guantes, mascarillas y gafas de seguridad. Además, debe asegurarse de trabajar en un entorno bien ventilado y seguir las recomendaciones y regulaciones establecidas para la manipulación, almacenamiento y eliminación segura del óxido de etileno.

6 Bibliografía

Márquez, F. C. (2007). TCAE en el servicio de esterilización. Editorial Vértice.

Capítulo 167

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ESTERILIZACIÓN CON EL AUTOCLAVE

MILAGROS MARTÍNEZ VILLARREAL

ALEJANDRA GÓMEZ DÍAZ

ANA ISABEL BEATO MERINERO

SILVIA CEBRIAN SANCHEZ

MABEL REAL LARA

1 Introducción

La esterilización en autoclave sanitario es un método comúnmente utilizado para eliminar microorganismos patógenos y otros agentes infecciosos de instrumentos, equipos y materiales médicos. Es un proceso que utiliza vapor de agua bajo presión y altas temperaturas para lograr la esterilidad.

El autoclave sanitario consta de una cámara de esterilización herméticamente cerrada donde se colocan los elementos a esterilizar. Una vez que los objetos se encuentran dentro de la cámara, se genera vapor de agua mediante la introducción de agua y su calentamiento hasta convertirla en vapor. A continuación, se

aumenta la presión dentro del autoclave, elevando así la temperatura del vapor de agua.

La combinación de alta presión y temperatura del vapor de agua dentro del autoclave es lo que permite la esterilización efectiva. El calor y la humedad generados destruyen los microorganismos, incluyendo bacterias, virus y esporas, que pueden estar presentes en los elementos a esterilizar.

El proceso de esterilización en autoclave sanitario consta de varias etapas. Primero, se carga la cámara con los objetos que requieren esterilización, asegurándose de que estén colocados de manera adecuada para permitir una distribución uniforme del vapor de agua. Luego, se cierra herméticamente la cámara y se inicia el ciclo de esterilización, que implica el aumento gradual de la temperatura y la presión.

Durante el ciclo de esterilización, se mantiene la temperatura y la presión adecuadas durante un período de tiempo específico para lograr la destrucción completa de los microorganismos. Una vez finalizado el ciclo, se reduce gradualmente la presión y la temperatura, permitiendo que el vapor de agua se evapore y se ventile la cámara de manera controlada. Finalmente, se abre la cámara y se retiran los objetos esterilizados.

La esterilización en autoclave sanitario es ampliamente utilizada en entornos médicos, odontológicos y de laboratorio para esterilizar una amplia gama de instrumentos y equipos, como herramientas quirúrgicas, envases, equipos de laboratorio y materiales de uso clínico. Este método de esterilización es altamente efectivo y confiable, y cumple con los estándares de seguridad y calidad requeridos en el campo de la salud.

Es importante destacar que el uso adecuado del autoclave sanitario implica seguir las instrucciones del fabricante y los protocolos establecidos. Además, se deben realizar controles de calidad regulares para asegurar la eficacia del proceso de esterilización y garantizar la seguridad de los pacientes y profesionales de la salud.

2 Objetivos

Describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la esterilización del autoclave.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han tenido en cuenta los buscadores indexados más comunes en este tipo de investigación, siendo los más empleados PUBMED y SCIELO de los cuales, se hizo una posterior selección concienzuda para realizar este capítulo por técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel importante en la esterilización con autoclave en el hospital. Sus funciones son fundamentales para garantizar la esterilidad y seguridad de los instrumentos y equipos utilizados en la atención médica. A continuación, se describen algunas de las funciones principales del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la esterilización con autoclave:

Preparación del material: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encarga de recolectar y preparar el material que requiere esterilización. Esto incluye la clasificación y agrupación adecuada de los instrumentos y equipos según los requisitos de esterilización, así como la identificación y eliminación de elementos inapropiados o dañados.

Empaquetado y etiquetado: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se asegura de que los elementos a esterilizar estén debidamente empaquetados en bolsas o contenedores adecuados para la autoclave. Además, se encarga de etiquetar los paquetes con la información necesaria, como el contenido, la fecha de esterilización y el nombre del responsable.

Carga y descarga de la autoclave: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es responsable de cargar la autoclave con los paquetes de material a esterilizar de manera segura y eficiente. Esto implica asegurarse de que los paquetes estén colocados de manera adecuada para permitir una distribución uniforme del calor y el vapor dentro de la autoclave. Al finalizar el ciclo de esterilización, el técnico también se encarga de la descarga del material esterilizado de la autoclave.

Operación de la autoclave: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería opera la autoclave de acuerdo con las instrucciones del fabricante y los protocolos establecidos. Esto incluye configurar los parámetros adecuados de temperatura, presión y tiempo de esterilización según el tipo de material y los requisitos es-

pecíficos. Además, el técnico debe asegurarse de que la autoclave esté en buen estado de funcionamiento y realizar un seguimiento adecuado de los ciclos de esterilización.

Control de calidad: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es responsable de realizar controles de calidad para verificar la efectividad del proceso de esterilización. Esto puede incluir el uso de indicadores químicos o biológicos que demuestran la esterilidad alcanzada. Además, el técnico debe documentar adecuadamente los resultados de los controles de calidad y reportar cualquier desviación o problema.

Mantenimiento y limpieza del equipo: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería participa en el mantenimiento y limpieza adecuados de la autoclave. Esto implica seguir los procedimientos de limpieza y desinfección recomendados por el fabricante, así como garantizar la disponibilidad de los insumos necesarios, como agua destilada y descalcificantes, para el funcionamiento adecuado de la autoclave.

Además de estas funciones, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe seguir las normas de bioseguridad, incluyendo el uso adecuado de equipo de protección personal, como guantes y mascarillas, para prevenir la exposición a materiales potencialmente contaminados.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en la esterilización con autoclave en el hospital. Sus funciones abarcan desde la preparación y empaquetado del material hasta la carga y descarga de la autoclave, la operación del equipo, el control de calidad y el mantenimiento adecuado. Su trabajo minucioso y cumplimiento de los estándares de esterilización son fundamentales para garantizar la seguridad y prevención de infecciones en la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe emplear medidas de seguridad rigurosas durante la esterilización con el autoclave para garantizar un entorno seguro y prevenir accidentes. Algunas de las medidas de seguridad que debe seguir incluyen:

Utilizar equipo de protección personal adecuado, como guantes, mascarillas, gafas de seguridad y batas, para protegerse de posibles exposiciones químicas,

térmicas o biológicas.

Familiarizarse con las instrucciones de funcionamiento y seguridad proporcionadas por el fabricante del autoclave y seguir estrictamente las pautas establecidas.

Evitar sobrecargar la autoclave para asegurar una distribución uniforme del calor y el vapor y prevenir posibles daños al equipo.

6 Bibliografía

Márquez, F. C. (2007). TCAE en el servicio de esterilización. Editorial Vértice.

Capítulo 168

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL

BEATRIZ OLIVER GARCÍA

ANA PONCE JIMENEZ

MARÍA ÁNGELES PÉREZ NEGRO

SANTIAGO RODRIGUEZ MESA

1 Introducción

El aseo del enfermo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se refiere al conjunto de actividades destinadas a mantener la higiene y el bienestar del paciente que se encuentra en estado crítico y requiere atención especializada. El aseo en la UCI es fundamental para prevenir infecciones, mantener la integridad de la piel y promover la comodidad del paciente.

Durante el aseo en la UCI, se realizan diversas tareas, como el lavado y secado del cuerpo del paciente, la higiene bucal, la limpieza de los ojos y oídos, el cambio de ropa de cama y la limpieza de los dispositivos médicos utilizados. También se realiza la limpieza de las áreas circundantes, como las mesas de trabajo y las superficies de las camas.

El aseo en la UCI se realiza con precauciones adicionales debido a la condición crítica del paciente y a la necesidad de mantener un entorno estéril. Esto implica seguir rigurosamente las normas de higiene y control de infecciones, como el lavado adecuado de las manos, el uso de equipos de protección personal y la desinfección de los utensilios utilizados.

Además, el aseo en la UCI requiere de una comunicación efectiva y una actitud empática por parte del personal de enfermería y de cuidados auxiliares. Es importante establecer una relación de confianza con el paciente, brindándole apoyo emocional y respetando su privacidad y dignidad en todo momento. La comunicación clara y la explicación de los procedimientos también son fundamentales para mantener al paciente informado y tranquilo durante el aseo.

El aseo del enfermo en la UCI se trata de una serie de actividades de higiene y confort destinadas a mantener la limpieza y el bienestar del paciente crítico. Es realizado por personal de enfermería y de cuidados auxiliares con precauciones adicionales y una actitud empática hacia el paciente. El aseo en la UCI es esencial para promover la salud, prevenir complicaciones y brindar un entorno seguro y cómodo para la recuperación del paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer las distintas labores que tiene el celador en el 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador desempeña un papel crucial en el aseo del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Aunque su función principal es el transporte y movilización de pacientes, también puede participar en tareas relacionadas con el aseo

y la higiene del paciente en esta área. A continuación, se detallan algunas de las funciones específicas del celador en el aseo del paciente en la UCI:

- Preparación del entorno: El celador colabora en la preparación del entorno para el aseo del paciente en la UCI. Esto puede incluir la verificación y preparación de los utensilios necesarios, como toallas, esponjas y jabón líquido. Además, puede ayudar a asegurar que las condiciones ambientales sean óptimas, como el control de la temperatura y la iluminación adecuada.

- Asistencia al personal de enfermería: El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería en la UCI durante el aseo del paciente. Esto puede implicar ayudar al paciente a moverse de manera segura y cómoda, posicionándolo adecuadamente para el aseo. Además, el celador puede colaborar en la entrega de suministros necesarios al personal de enfermería durante el procedimiento de aseo.

- Transferencia y movilización del paciente: El celador puede asistir en la transferencia y movilización del paciente dentro de la cama o en la silla de ruedas para facilitar el aseo. Esto implica utilizar técnicas adecuadas de manejo y movilización de pacientes, garantizando su seguridad y comodidad durante el proceso.

- Mantenimiento del orden y la limpieza: El celador puede colaborar en el mantenimiento del orden y la limpieza del entorno después de que se haya completado el aseo del paciente. Esto puede incluir la disposición adecuada de los utensilios utilizados y la limpieza de las superficies y áreas circundantes.

- Apoyo emocional: El celador puede brindar apoyo emocional al paciente durante el proceso de aseo en la UCI. Esto implica mantener una actitud amable y respetuosa, escuchando y respondiendo a las necesidades y preocupaciones del paciente de manera empática. El celador puede ser una figura tranquilizadora y proporcionar un sentido de seguridad al paciente durante el aseo.

5 Discusión-Conclusión

De todas las funciones del celador, tener empatía es fundamental para la interacción con los pacientes de la UCI. El celador debe mostrar comprensión y sensibilidad hacia las necesidades y preocupaciones del paciente, brindando un trato amable y respetuoso en todo momento. La empatía se manifiesta a través de una escucha activa, mostrando interés genuino por el bienestar del paciente y ofreciendo apoyo emocional. El celador puede transmitir calma y tranquilidad al

paciente, siendo una presencia reconfortante en momentos difíciles. La empatía crea un ambiente de confianza y seguridad, contribuyendo al bienestar integral del paciente en la UCI para recibir un buen cuidado

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 169

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRANSPORTE DEL ENFERMO PARA REALIZARSE PRUEBAS DE RAYOS

MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL

BEATRIZ OLIVER GARCÍA

ANA PONCE JIMENEZ

MARÍA ÁNGELES PÉREZ NEGRO

SANTIAGO RODRIGUEZ MESA

1 Introducción

El transporte del enfermo para realizar pruebas de rayos se refiere al traslado seguro y adecuado de un paciente desde su ubicación en el hospital hasta el área de radiología para someterse a estudios de diagnóstico por imágenes. Este proceso implica la movilización y el cuidado del paciente durante todo el trayecto, asegurando su comodidad y seguridad.

Durante el transporte, se deben seguir protocolos establecidos para garantizar la integridad del paciente y evitar posibles complicaciones. Esto incluye verificar la identidad del paciente, revisar su historial clínico y la orden médica para la prueba de rayos, y tomar en consideración cualquier requisito especial o necesidades específicas del paciente.

El personal encargado del transporte, como los celadores o técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, juegan un papel fundamental en este proceso. Su responsabilidad principal es proporcionar una movilización segura y confortable del paciente, utilizando camillas o sillas de ruedas según sea necesario. Además, deben mantener una comunicación efectiva con el paciente, brindando información clara sobre el procedimiento y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones.

Durante el traslado, se deben tomar precauciones adicionales para garantizar la seguridad del paciente, evitando movimientos bruscos y asegurándose de que esté bien sujeto y protegido. Además, se deben seguir las normas de higiene y control de infecciones, como el lavado de manos y el uso adecuado de equipos de protección personal, para prevenir la propagación de enfermedades y mantener un entorno seguro.

Es importante destacar que el transporte del enfermo para realizar pruebas de rayos requiere una coordinación efectiva entre el personal de transporte, el personal de radiología y el equipo médico. La comunicación clara y la colaboración son fundamentales para garantizar un proceso fluido y seguro, minimizando cualquier riesgo para el paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador en el transporte de enfermos.

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador desempeña un papel crucial en el transporte del enfermo para realizar una prueba de rayos, ya que su principal función es asegurar un traslado seguro y cómodo del paciente desde su ubicación en el hospital hasta el área de radiología.

A continuación, se detallan algunas de las funciones específicas del celador en este proceso:

- Preparación del transporte: El celador se encarga de preparar el equipo necesario para el traslado del paciente, como camillas o sillas de ruedas. Además, verifica que la orden médica y los documentos del paciente estén disponibles y en orden.

- Comunicación efectiva: El celador se comunica con el paciente antes y durante el transporte, brindando información sobre el procedimiento y proporcionando apoyo emocional. También se comunica con el personal de radiología para coordinar el tiempo de llegada y asegurarse de que estén preparados para recibir al paciente.

- Seguridad del paciente: Durante el transporte, el celador se asegura de que el paciente esté bien sujeto y cómodo en la camilla o silla de ruedas. Presta atención a cualquier necesidad especial del paciente, como oxígeno suplementario o dispositivos médicos, y se asegura de que estén disponibles y funcionando correctamente.

- Traslado adecuado: El celador sigue las normas de seguridad establecidas al mover al paciente, evitando movimientos bruscos y manteniendo una postura correcta al levantar o trasladar al paciente. Se asegura de que el camino esté despejado y toma precauciones adicionales al atravesar puertas o pasillos estrechos.

- Colaboración con el personal de radiología: El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal de radiología para asegurar un traslado fluido del paciente a la sala de rayos. Se asegura de que el equipo esté listo y en funcionamiento, y asiste al personal de radiología en la colocación del paciente en la mesa de exploración si es necesario.

- Registro y documentación: El celador registra y documenta adecuadamente el traslado del paciente, incluyendo la hora de inicio y finalización, cualquier observación relevante y cualquier cambio en el estado del paciente durante el transporte. Esto es importante para mantener un registro preciso de los procedimientos realizados y comunicar información relevante al personal médico.

Además de estas funciones, es esencial que el celador mantenga una actitud empática y respetuosa hacia el paciente durante todo el proceso. Esto incluye brindar apoyo emocional, responder a sus preguntas y preocupaciones, y asegurarse de que se sienta cómodo y seguro en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

El buen hacer del celador en el transporte del enfermo desde la planta hasta la realización de una prueba de rayos se basa en brindar un trato amable y respetuoso al paciente. Debe asegurarse de que el paciente esté cómodo y seguro durante el traslado, siguiendo las normas de seguridad establecidas. Además, es importante mantener una comunicación clara con el paciente, ofreciendo apoyo emocional y respondiendo a sus necesidades. El celador debe trabajar de manera colaborativa con el personal médico y de radiología, garantizando un proceso fluido y sin contratiempos. La satisfacción y el bienestar del paciente son la prioridad en todo momento.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 170

EL FISIOTERAPEUTA Y LA RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE UNA LESIÓN DEPORTIVA

MANUEL LAPIEDRA MARTINEZ

PEDRO ANTONIO HERAS GUALDA

FERNANDO ARIAS GOMEZ

DAVID FERNANDEZ SANCHEZ

JOSE MARTINEZ CARBALLOSA

1 Introducción

El deporte ofrece muchos beneficios para el organismo, pero también atañe riesgos, las lesiones deportivas. Una lesión deportiva sucede durante la práctica de ejercicio físico, ocasionando un daño en el cuerpo del deportista.
La lesión deportiva puede ser a causa de un accidente, por una mala práctica, por una sobrecarga o por usar mal el equipo de entrenamiento.
De forma general, la mayoría de lesiones son a consecuencia de un adecuado calentamiento o estiramiento. También se producen por una inadecuada condición física.
De las numerosas causas que pueden originar una lesión deportiva, las más comunes suelen ser: falta de calentamiento, falta o exceso de entrenamiento, sobrecarga muscular, mal uso del equipo deportivo, no utilizar la técnica correcta, caída, falta de coordinación y concentración y una mala alimentación.

Las lesiones deportivas que más se producen son: desgarro de tendones y músculos, esguince, lesión articular (rodilla), lesión del tendón de Aquiles, hinchazón del músculo, dislocación y fracturas.
La clasificación de una lesión puede ser:
- Aguda: sucede repentinamente mientras se practica deporte. Son las más frecuentes.
- Crónica: aparecen tras la práctica de deporte por un tiempo prolongado.

La sintomatología de la lesión dependerá en función de si la lesión es crónica o aguda. Dentro de los síntomas de una lesión aguda se encuentran: hinchazón, dolor repentino, imposibilidad de apoyo, dificultad para realizar movimiento articular y debilidad.
El Fisioterapeuta es el profesional encargado de recuperar y rehabilitar una lesión deportiva. Para ello, empleará las diversas y numerosas técnicas y tratamientos que existen en fisioterapia, siempre enfocado al grave y nivel de lesión que presente el paciente.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende con esta revisión bibliográfica es establecer las diferentes técnicas y terapias que puede realizar el Fisioterapeuta para recuperar y rehabilitar una lesión deportiva.

3 Metodología

La estrategia de búsqueda para realizar este capítulo se ha basado en la búsqueda de información en cuatro bases de datos científicas, las cuales fueron: Dialnet, Scielo, Pubmed y Cochrane.
Se establecieron unos criterios de exclusión para descartar todas aquellas publicaciones que no iban a servir para extraer de ellas información. Esos criterios de exclusión fueron: publicaciones sin acceso a texto completo, publicaciones duplicadas y publicaciones que no estuvieran previamente revisadas.

4 Resultados

Para que el Fisioterapeuta pueda tratar una lesión deportiva, lo primero que tiene que hacer es realizar una evaluación de la lesión, prestando especial atención a la historia y mecanismo de la lesión. Junto con el examen físico y funcional, el

Fisioterapeuta podrá establecer la gravedad de la lesión.
Como norma general, el deportista recuperará su actividad normal una vez rehabilitada la lesión. Aunque la sintomatología de una lesión deportiva es muy amplia, el dolor y la hinchazón es lo que más destaca.
Las terapias que empleará el Fisioterapeuta estarán orientadas a restaurar la función, la fuerza, la resistencia y el rango de movimiento del deportista.
Las principales técnicas que se utilizan fisioterapeuta para recuperar la lesión deportiva son:
- Manual: se utilizan las manos para aplicar la terapia. Dentro de esta técnica están el masaje, ejercicios de estiramiento, etc. Con esta terapia se puede llegar a la raíz de la lesión y manipularla.9 crioterapia: Esta terapia genera unos efectos sobre la circulación del paciente, produciendo una vasoconstricción y disminución de la misma. Esto, a su vez, hace que se disminuya la inflamación. Al disminuir la inflamación, el dolor también disminuye, a la vez que también disminuye la velocidad de conducción nerviosa.
- Termoterapia: se aplica calor para modificar la temperatura en la piel, articulaciones o tejidos blandos, mejorando la sintomatología que ocasiona una lesión musculoesquelética y de tejidos blandos. Con el calor se aumenta la circulación y el efecto de relajación.
- Hidroterapia: uso del agua aportando grandes beneficios al paciente. La hidroterapia aporta innumerables beneficios al aparato locomotor en distintas patologías. La hidroterapia es ideal para abordar patologías musculoesqueléticas.
- Drenaje linfático: se usa para eliminar la acumulación de líquido.
- Ventosas: se aplican ventosas sobre la piel para causar un efecto de vacío y mejorar la vascularización local, produciendo un mayor flujo de oxígeno y nutrientes y una mayor retirada sustancias de desecho. Se utiliza en lesiones musculoesqueléticas.
- Punción Seca: se aplica una aguja de acupuntura en zonas específicas del músculo para desbloquearlo y relajarlo. Con esto se consigue aliviar el dolor y mejorar la limitación de movilidad.
- Electrólisis Percutánea Intratisular (EPI): con esta técnica se elimina el tejido fibrosado mediante un impulso eléctrico a través de una aguja ecoguiada. Esta técnica se aplica para lesiones musculares y tendinosas. Con esta aplicación se consigue reducir el tiempo de recuperación.
- Neuromodulación Percutánea: se aplica una corriente de baja frecuencia próxima al sistema nervioso periférico, aumentando o disminuyendo la excitabilidad de las neuronas. Este tratamiento disminuye el dolor y mejora el control neuromotriz. Se aplica en lesiones musculoesqueléticas.

- Electroterapia: se utilizan electrodos para recuperar lesiones musculares, reactivando la zona afectada.
- Magnetoterapia: se utiliza la fuerza magnética para tratar distintas dolencias y lesiones.

Destacar que la prevención es fundamental en un deportista, evitando con ello las lesiones. Para poner en marcha la prevención, el fisioterapeuta recomendará realizar calentamiento, estiramiento y enfriamiento.

Además, no hay que olvidar que para que la recuperación y rehabilitación de una lesión deportiva tenga éxito, es fundamental combinar la fisioterapia con la medicina, permitiendo con ello un diagnóstico completo, una recuperación total y una reeducación del deportista.

5 Discusión-Conclusión

Las lesiones deportivas son muy frecuentes dentro del mundo deportivo. La práctica de deporte aporta un sinfín de beneficios, pero no está exenta de riesgos, como por ejemplo las lesiones deportivas.

La sintomatología de la lesión irá en función del tamaño y extensión del traumatismo, apareciendo síntomas como dolor, hinchazón, hematomas, sensibilidad, pérdida del rango de movimiento, entre otros.

El Fisioterapeuta tiene un amplio abanico de técnicas y terapias que puede utilizar para rehabilitar una lesión deportiva, utilizando incluso combinaciones de ellas para que la recuperación de la lesión sea todo un éxito.

El Fisioterapeuta debe contar con una adecuada formación y con los conocimientos necesarios para aplicar las distintas terapias existentes para recuperar una lesión deportiva.

6 Bibliografía

- Adamuz Cervera, F. J., & Nerín Rotger, M. A. (2006). El fisioterapeuta en la prevención de lesiones del deporte. Revista de fisioterapia, 5(2).
- Ibarbengoetxea, X. G. (2004). Técnicas de fisioterapia en patología deportiva: fase aguda. Fisioterapia, 26(1), 36-40.
- Mantilla, J. I. A. (2018). Fisioterapia y su rol en el alto rendimiento: una revisión sistemática de la literatura. Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad física y el deporte, 7(1), 1-12.
- Navas, J. O. (2000). La rehabilitación en el deporte. Arbor, 165(650), 227-248.

Capítulo 171

EVALUACIÓN DE LA PUNCIÓN SECA DESDE LA FISIOTERAPIA

DAVID FERNANDEZ SANCHEZ

JOSE MARTINEZ CARBALLOSA

MANUEL LAPIEDRA MARTINEZ

PEDRO ANTONIO HERAS GUALDA

FERNANDO ARIAS GOMEZ

1 Introducción

La migraña es un dolor de cabeza primario que está considerado como la principal causa de discapacidad en menores de 50 años. Afecta a un 14,4 % de la población alrededor del mundo, lo que supone una gran carga para los servicios públicos de salud por el gasto que representa. A pesar de esto, la migraña continúa siendo un problema de salud generalmente con menos diagnóstico y tratamiento del que debería.

Al mismo tiempo que el dolor de cabeza, hasta un 25 % de los pacientes con migraña presentan aura, que pueden ser síntomas variables como trastornos neurológicos transitorios (perturbaciones visuales y/o del lenguaje), trastornos motores o sensitivos. Además, alrededor del 2,5 % de las personas con migraña presentan más de 15 días de dolor de cabeza al mes, lo que hace que se considere un problema crónico. Estas subclasificaciones se puede ver a en clínica que se

dividen a su vez en diferentes niveles de severidad y que también coexisten con diversas comorbilidades.
Tradicionalmente, el tratamiento de la migraña ha sido fundamentalmente farmacológico, con medicaciones tanto abortivas como profilácticas, aunque la mayoría de los pacientes tomaban los fármacos al inicio de sus síntomas. A pesar de esto, casi la mitad de los migrañosos (alrededor del 40 %) se encuentran insatisfechos respecto a su medicación. Asimismo, la medicación que es prescrita más frecuentemente puede terminar creándoles dependencia o puede no ser apta para otros problemas de salud que padezcan estos pacientes. Por todo esto, parece necesario empezar a explorar nuevas alternativas de tratamiento para estos pacientes, intentando evitar o complementar el abordaje farmacológico.

2 Objetivos

Analizar y explicar si la diversas técnicas usadas en fisioterapia resultan efectiva en el tratamiento de esta patología en los centros especializados.

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

Para la realización de este capítulo se incluyeron tres revisiones bibliográficas sobre la efectividad de diversas técnicas en el tratamiento de la migraña, una sobre tratamientos de fisioterapia, otras sobre manipulaciones de columna y la última sobre técnicas de terapia manual.
La primera de las revisiones analizó la evidencia científico respecto al uso de tratamientos de fisioterapia en el tratamiento de las migrañas. Se observó que, de los síntomas que se pueden tratar desde la fisioterapia, las disfunciones musculoesqueléticas y los problemas vestibulares y de control postural son prevalentes. Se pudo ver además que existen diferentes niveles de discapacidad dentro de la migraña dependiendo de la presencia de aura o del incremento del número de

ataques de migraña.
La segunda revisión examinó diversos ensayos clínicos respecto a los efectos de la manipulación vertebral en la frecuencia, el dolor y la discapacidad producidos por la migraña. Respecto a la frecuencia de las migrañas, se pudo observar que las manipulaciones vertebrales reducían los días que duraba la migraña. Otra variable estudiada era la intensidad del dolor, que se evaluó mediante escalas tipo
Likert o la escala visual analógica. Se pudo comprobar cómo el tratamiento manipulativo también reducía la intensidad del dolor de los pacientes con migrañas. Finalmente, respecto a la discapacidad que producían los ataques de migraña, ésta se valoró de diversas maneras, como el número de horas antes de volver a trabajar, las perturbaciones que les suponían a nivel laboral, o diversos cuestionarios.
En este caso, no se pudo constatar que la intervención obtuviese mejores resultados que el grupo control.
Por último, una revisión estudió la eficacia de diversos tratamiento de terapia manual para el tratamiento de la migraña, comparándolos con el uso de fármacos. Se pudo constatar que todas las técnicas evaluadas (masaje, técnicas de fisioterapia convencional, relajación y manipulación vertebral) son tan efectivas como el propranolol y el topiramato en el tratamiento profiláctico de la migraña.

5 Discusión-Conclusión

Se puede observar que existen diferentes herramientas desde el campo de la fisioterapia que resultan efectivas en el tratamiento de las migrañas tanto para reducir su duración como su intensidad. Además, resulta interesante su uso a nivel profiláctico en personas que no toleren bien la medicación, que no respondan a ese tipo de tratamientos o en las que haya que evitar la toma de fármacos por algún motivo, ya que este tipo de técnicas son seguras y tienen pocas contraindicaciones. No obstante, siguen siendo necesarias futuras investigaciones ya que los ensayos clínicos aleatorizados en los que se basaron las revisiones bibliográficas fueron de baja calidad científica.

6 Bibliografía

1. Carvalho GF, Schwarz A, Szikszay TM, Adamczyk WM, Bevilaqua-Grossi D, Luedtke K. Physical therapy and migraine: musculoskeletal and balance dys741 functions and their relevance for clinical practice. Braz J Phys Ther. 2019; S1413-3555(19): 30792-0. https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2019.11.001.

Capítulo 172

EFECTIVIDAD DE LA PUNCIÓN SECA COMO TÉCNICA FISIOTERAPÉUTICA EN EL SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL

CELIA COLLADO HUERTA

BELEN NAVARRO CONEJERO

BEATRIZ INIESTA PIQUERAS

JUAN ANDRES SANCHEZ DIAZ

1 Introducción

En los últimos años, la técnica de punción seca se ha convertido en una de las técnicas más conocidas y demandadas en la sociedad como método de tratamiento ante diversas lesiones músculo-esqueléticas.
La expresión «Fisioterapia Invasiva» hace referencia al conjunto de técnicas en las que un agente físico se aplica atravesando la piel del paciente. Puede ser únicamente el estímulo mecánico a través de diferentes tipos de agujas o la combinación de estas con la aplicación de algún tipo de corriente eléctrica que pase a través de electrodos de aguja, como por ejemplo la electroestimulación de los puntos gatillo miofasciales (PGM), la electrólisis percutánea intratisular (EPI) o la neuromodulación entre otras técnicas.

La punción seca (PS) consiste en el empleo del estímulo mecánico de una aguja filiforme como agente físico para el tratamiento del síndrome de dolor miofascial (SDM).
Se define como «seca», por el término inglés original (dry needling) enfatizando el hecho de que no se emplea ningún agente químico ni se infiltra ninguna sustancia y así haciendo una clara distinción con respecto de otras técnicas invasivas en las que se infiltran algunas sustancias (anestésicos locales, agua estéril, suero salino isotónico, antiinflamatorios no esteroideos o toxina botulínica, entre otros).
La punción seca es una técnica habitual en fisioterapia y su uso se enfoca principalmente en el tratamiento del síndrome de dolor miofascial (SDM).
El síndrome de dolor miofascial (SDM) es un cuadro clínico característico de dolor regional de origen muscular, localizado en un músculo o grupo muscular y que consta de una banda tensa dolorosa identificable a través de la palpación por parte del fisioterapeuta. En ella se encuentra el punto gatillo (PG) o trigger point (TP), el cual es capaz de provocar un dolor referido a distancia espontáneamente o a la presión digital. Su causa suele estar relacionada con sobrecarga y sobreutilización muscular, provocando una disfunción de la placa motora por liberación excesiva de acetilcolina.
La ACh liberada conduce a un potencial de acción y contracción muscular mantenida en condiciones de reposo con acortamiento persistente de los sarcómeros. La contracción muscular resultante puede alterar el flujo arterial y la suplencia de oxígeno, calcio y otros nutrientes necesarios para inducir a la relajación muscular. En estas condiciones se produciría la síntesis y liberación de sustancias algógenas e inflamatorias con la consecuente aparición del dolor, completando el círculo de la denominada «hipótesis integrada» de Simons.
Los PG son puntos de pequeño tamaño (3 -6 mm) y gran irritabilidad. Cuando el músculo es sometido a una presión excesiva o un estiramiento prolongado puede producir tanto dolor a nivel local como un patrón de dolor referido.
Se han descrito dos tipos de PG. Los PG "activos" que son los que pueden ser responsables de dolor en reposo, espontáneo y dolor referido de características similares al descrito por el paciente cuando se ejerce presión sobre él. Por otra parte, los PG "latentes" no presentan dolor espontáneo y el dolor se reproduce solo con la aplicación de presión externa, pero igualmente pueden limitar la movilidad y causar debilidad y rigidez muscular. Estos PG se pueden activar por traumatismos directos o indirectos, por esfuerzos repetitivos, alteraciones de la postura, etc.

2 Objetivos

- Describir la técnica de punción seca como herramienta fisioterapéutica.
- Evidenciar la utilidad y eficacia de la punción seca en el tratamiento del dolor miofascial.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en la conocida base de datos Pubmed. Se analizaron estudios tanto en inglés como español y los filtros aplicados fueron "texto completo libre" y "en los últimos 10 años". Además, se han tenido en cuenta publicaciones encontradas en Internet a través de páginas oficiales como Google Académico o revistas científicas de fisioterapia. Las palabras clave utilizadas fueron: punción seca, dolor miofascial y fisioterapia invasiva.

4 Resultados

Algunos estudios muestran evidencia de que la punción seca (PS) puede disminuir el dolor y aumentar el umbral de dolor por presión en comparación con otros tratamientos.
Otros estudios muestran evidencia moderada de que la punción seca puede ser eficaz para mejorar la intensidad del dolor y la discapacidad relacionada con el dolor en personas con dolor de cuello asociado a la presencia de puntos gatillo a corto plazo.
Existen artículos que recomiendan la punción seca para aliviar el dolor de puntos gatillo a corto (3 primeros días) y mediano plazo, pero muestran que son más efectivas las infiltraciones en húmedo con anestésicos locales como la lidocaína a mediano plazo.
Un estudio publicado en Canadá proporciona evidencia de que la aplicación de la inserción de una sola aguja en un punto gatillo en el músculo infraespinoso en pacientes con dolor crónico de hombro no traumático puede disminuir inmediatamente el tono y la rigidez del punto gatillo.
Otro estudio que habla de la realización de la técnica de punción seca realizada por fisioterapeutas y que se compara con otros tratamientos (principalmente técnicas de terapia manual de tejidos blandos) dice que existe evidencia de calidad moderada que indica que es más eficaz para reducir el dolor.

Otros estudios describen que la inserción de la aguja tiene un efecto mecánico altamente especifico del tejido conectivo subcutáneo.
Se encontró una revisión que investigaba la punción seca, pero solo realizada por profesionales fisioterapeutas, proporcionando evidencia de que la PS puede ser una técnica de tratamiento eficaz cuando la utilizan fisioterapeutas capacitados en su uso en un paciente apropiado para el tratamiento del dolor músculoesquelético.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que la punción seca (PS) aumenta el flujo sanguíneo y la circulación local, aumenta las B-endorfinas y estimula la liberación de opioides endógenos. También se han evidenciado efectos sobre el sistema nervioso, incluyendo la estimulación de fibras nerviosas conductoras del dolor que activan interneuronas inhibitorias del asta dorsal, disminuyendo la hiperactividad del SN simpático y estimulando la inhibición central a través de las vías descendentes de control del dolor.
Es por todo ello, que la punción seca (PS) de los PG está asociada con la reducción del dolor local y dolor referido, mejorando el rango de movimiento y disminución de la irritabilidad del punto gatillo, aumentando el umbral del dolor, como ya se ha mencionado anteriormente, mejorando la funcionalidad y reduciendo la fatiga muscular.
Según diversos estudios publicados, se recomienda la punción seca para la reducción inmediata del dolor en pacientes con síndrome de dolor miofascial a corto y medio plazo. Sin embargo, no hay suficiente evidencia sobre el beneficio de esta a largo plazo respecto a otros tratamientos, necesitándose más estudios para confirmar la eficacia de la punción seca en diferentes grupos musculares y como se ha dicho ya sus efectos a largo plazo.
Concluimos que la punción seca parece ser al menos tan efectiva como otros tratamientos de fisioterapia.
La falta de calidad y el número limitado de estudios que informen sobre los efectos de la punción seca cuando es realizada especialmente por fisioterapeutas podría ser una propuesta para nuevas líneas de investigación.

6 Bibliografía

1. Invasive physical therapy and dry needling. Report on the effectiveness of dry needling in the treatment of myofascial pain syndrome and its use in Physical

therapy O. Mayoral-del Moral. M. Torres-Lacomb. Cuest. fisioter. 2009, 38 (3): 206-217
2. Myofascial pain síndrome. Félix Manuel Francisco HernándezFEA de Reumatología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Islas Canarias, España.
3. La efectividad de la punción seca en puntos gatillo para afecciones musculoesqueléticas por parte de fisioterapeutas: una revisión sistemática y un metanálisis. Revista de fisioterapia ortopédica y deportiva.Publicado en línea: 28 de febrero de 2017 Volumen 47 Número 3. https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2017.7096
4. Navarro-Santana MJ, Sanchez-Infante J, Fernández-de-Las-Peñas C, Cleland JA, Martín-Casas P, Plaza-Manzano G. Effectiveness of Dry Needling for Myofascial Trigger Points Associated with Neck Pain Symptoms: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med. 2020 Oct 14;9(10):3300. doi: 10.3390/jcm9103300. PMID: 33066556; PMCID: PMC7602246.
5. Liu L, Huang QM, Liu QG, Ye G, Bo CZ, Chen MJ, Li P. Effectiveness of dry needling for myofascial trigger points associated with neck and shoulder pain: a systematic review and meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2015 May;96(5):944-55. doi: 10.1016/j.apmr.2014.12.015. Epub 2015 Jan 7. PMID: 25576642.
6. Roch M, Morin M, Gaudreault N. Immediate Effect of Dry Needling on the Viscoelastic Properties of a Trigger Point on the Infraspinatus Muscle Measured with MyotonPRO. Physiother Can. 2022 Jun 17;74(3):232-239. doi: 10.3138/ptc-2020-0095. PMID: 37325218; PMCID: PMC10262836.
7. La efectividad de la punción seca en puntos gatillo para afecciones musculoesqueléticas por parte de fisioterapeutas: una revisión sistemática y un metanálisis. Revista de fisioterapia ortopédica y deportiva. Publicado en línea: 28 de febrero de 2017 Volumen 47 Número 3 Páginas 133-149. https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2017.7096

Capítulo 173

ENFERMEDAD DE BUERGER EN FISIOTERAPIA: CASO CLÍNICO

CELIA COLLADO HUERTA

BELEN NAVARRO CONEJERO

BEATRIZ INIESTA PIQUERAS

JUAN ANDRES SANCHEZ DIAZ

1 Introducción

La enfermedad de Buerger, también conocida como tromboangeítis obliterante (TAO), es una enfermedad inflamatoria oclusiva segmentaria, progresiva, no aterosclerótica, que afecta con mayor frecuencia a las arterias de pequeño y mediano calibre de las extremidades. [2].
Afecta predominantemente a varones jóvenes con una edad comprendida entre los 20 y 40 años con antecedentes de tabaquismo severo. La mortalidad por esta enfermedad es rara, pero el 43% de los afectados son amputados una o más veces.
La enfermedad atraviesa progresivamente tres fases: aguda, subaguda y crónica. La lesión aguda se caracteriza por la presencia de un infiltrado de leucocitos y trombosis oclusivos. La fase subaguda coincide con la organización del trombo, persistiendo una reacción inflamatoria. Por último, en la fase crónica el trombo se recanaliza y existe una fibrosis perivascular.
La enfermedad se manifiesta por claudicación o isquemia de los miembros inferiores, y en ocasiones de las manos. Progresa en dirección centrípeta desde las porciones distales.

Al comienzo de la enfermedad existe dolor en reposo en la pantorrilla o en los pies, disestesias, cianosis y rubefacción distal. Suelen ir asociados una tromboflebitis superficial y síndrome de Raynaud. Este cuadro puede evolucionar hacia el desarrollo de graves complicaciones isquémicas como la gangrena, ya que en la fase crónica existe una pérdida de las fibras elásticas de la pared arterial, con engrosamiento e induración de la capa íntima y media originando el estrechamiento de la luz y la disminución del flujo sanguíneo ocasionando con el tiempo a la oclusión total.

2 Objetivos

- Describir la enfermedad de Buerger.
- Exponer un caso clínico sobre la enfermedad de Buerger y su manejo fisioterápico.

3 Caso clínico

Hombre de 41 años, fumador (2 paquetes/día), con antecedentes etílicos e hipertenso.
Presenta historia previa de dos episodios de isquemia crónica en el miembro inferior derecho. El primer episodio en el año 2019, localizado en el 3º y 4º dedo del MID. El segundo episodio, dos años después, localizándose en el 2º, 3º y 4º dedo de la misma extremidad. Ambos episodios se resolvieron de forma satisfactoria con tratamiento médico (anticoagulantes y analgesia).
Recientemente, consulta por cuadro de dos semanas de evolución que comienza con coloración azulada en el 2º, 3º y 4º dedo del MID, asociándose a una disminución de la temperatura local, paresia, además de dolor punzante durante la marcha que se irradia a la parte posterior de la pierna llegando a ser de 10/10 en la escala EVA y obligándole a pararse hasta que el dolor cesa.
• Anamnesis y exploración:
El paciente pasa largas horas de pie en el trabajo. Además, presenta antecedentes de tabaquismo, y posee antecedentes vasculares de isquemia. Es hipertenso y en su familia hay antecedentes de infarto agudo de miocardio. En cuanto al dolor, aparece especialmente durante la marcha, lo que le obliga a parar. Refiere dolor a nivel posterior de la pierna, pero también lo atribuye al hecho de permanecer muchas horas de pie, resolviéndose mediante la sedestación. En estas dos semanas de evolución el dolor ha aumentado, lo que le produce problemas en su

puesto de trabajo al no poder permanecer de pie o andando con normalidad a lo largo del día.
Cuando se le realiza la inspección, se observa cianosis en el 2º, 3º y 4º dedo del MID. Además, ha perdido el vello cutáneo en esta zona de la extremidad, y presenta un pequeño edema en el pie.
Se le toma el pulso en diferentes puntos, dando como el resultado una disminución del pulso pedio y tibial posterior, ya que son palpables pero débil y fácilmente obliterados. La toma de pulso bilateral es totalmente asimétrico.
Se le realiza la prueba de Ratschow – Börger. En la primera fase, tras elevar los miembros inferiores, refiere dolor intenso, parestesias, además de manifestarse con más claridad la cianosis. En la segunda fase, a la hora de ponerse de pie, existe un retardo con respecto al otro miembro, en cuanto al aporte arterial. [4]
Tras esto, se realiza el test de la marcha en cinta rodante para corroborar los datos obtenidos en la anamnesis y ver la reacción del paciente, pero al minuto de comenzar, el paciente se queja de dolor intenso y tiene que parar.
Ante todos estos indicios, deducimos que el paciente presenta una arteriopatía. Siendo el diagnóstico final el de tromboangitis obliterante.

4 Discusión-Conclusión

El eje del tratamiento fisioterápico lo constituye el reentrenamiento al esfuerzo que irá encaminado a mejorar la isquemia crónica, por lo que se propone la inclusión del paciente en un programa de ejercicio físico que aporta una mejora significativa en el tratamiento de la enfermedad junto con otras terapias no invasivas. Y, aunque su programación debe ser personalizada, se deben cumplir unas pautas y consideraciones generales, con vistas a la consecución de un aumento de la capacidad de distancia a recorrer, el tiempo recorrido sin claudicación, así como en la distancia y tiempo máximo recorrido.(7)
Publicaciones científicas (8, 9, 11) postulan que la actividad principal debería ser la caminata intermitente (actividad realizada con carga-peso corporal) para facilitar mayores cambios funcionales (9).
Otros estudios inciden en que únicamente se deberían realizar actividades en las que no se soporte el peso corporal (por ejemplo bicicleta) cuando inicialmente no se pueda tolerar la caminata, consiguiendo con ello una mayor intensidad, duración y tolerancia al ejercicio, así como la entrada en calor y vuelta a la calma, condicionando su duración entre 5’ y 10’(11).
Asimismo, en otros estudios, se constató que subir escaleras puede ofrecer una ventaja sobre las caminatas, ya que con una menor demanda del sistema cardio-

vascular se obtienen medidas similares metabólicas, hemodinámicas periféricas y de claudicación.
En relación con la intensidad del estímulo, diversos autores consideran que debe provocar en el sujeto un dolor cercano al máximo (8,9) y que los síntomas de claudicación deberían alcanzarse entre los 3' y 5' de ejercicio. (11)
En cuanto a la duración de la sesión, en las distintas publicaciones se encontraron tiempos de entre 15' y 60'. Los mejores resultados fueron conseguidos con duraciones mayores a los 30' en un programa de ejercicio de 6 meses de duración (8, 9,10).
Es conveniente terminar las sesiones de ejercicio con masaje de drenaje circulatorio. (2)
Tanto las mejoras obtenidas, así como los beneficios funcionales (economía de caminata y circulación sanguínea de la pantorrilla) tras un programa de 6 meses de ejercicios de rehabilitación, pueden ser mantenidas durante 12 meses posteriores mediante un programa de mantenimiento que incluye 2 sesiones por semana. (10)
Las artropatías que se encuentran en fase 2 del estadio evolutivo (fase de claudicación intermitente) son las que más se benefician con el tratamiento de fisioterapia. Se ha demostrado que el reentrenamiento al esfuerzo aumenta notablemente la distancia de marcha de un paciente con claudicación intermitente en mayor medida que la obtenida exclusivamente con un tratamiento medicamentoso.
El reentrenamiento al esfuerzo mejora, por un lado, la miro circulación y el metabolismo(los rendimientos aeróbicos están aumentados en 20-30% de forma que el paciente tarda más en recurrir al metabolismo anaeróbico, economizando energía y retrasando la aparición de síntomas de isquemia) y, por otro lado, va a tener efectos muy beneficiosos sobre algunos de los factores de riesgo.
Es una enfermedad en la que el tabaquismo constituye una de las principales causas por lo que el paciente debe dejar de fumar definitivamente, ya que la única medida terapéutica eficaz que reduce y prácticamente detiene el progreso de la enfermedad es el abandono del hábito tabáquico.
El tratamiento de las enfermedades vasculares periféricas puede ser médico, quirúrgico o una combinación de ambos, pero cada vez se valora más la importancia del tratamiento preventivo consistente en dieta adecuada, abandono del tabaquismo, higiene correcta, actividad física, etc.

5 Bibliografía

1. Puras, E, et al: 2002.
2. Manual de Fisioterapia. Traumatología, afecciones cardiovasculares y otros campos de actuación. Módulo III. Sevilla, noviembre 2004. Editorial MAD. Miguel Ángel Arcas Patricio, Diana María Gálvez Domínguez, Juan Carlos León castro, Sixto L. Paniagua Román, María Pellicer Alonso.
3. Enfermedad de Buerger y su afectación en el pie. Pedro Emilio Delgado Robledillo. Universidad Complutense de Madrid. E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Clínica Universitaria de Podología. Facultad de Medicina. Madrid. 2011.
4. RODERIC.
5. Shionoya S. Diagnostic criteria of Buerger's disease. Int J Cardiol 1998, 1:243-245.
6. Olin JW. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). N Engl J Med 2000, 343:864-869.
7. "La Programacion del Ejercicio en Sujetos con Arteriopatia Periferica", Profesor Juan Francisco Gómez, Cátedra Fisiología Aplicada a la Educación Física, Departamento de E. F., Universidad Nacional de La Plata
8. Gardner AW, Poehlman ET (1995): "Exercise rehabilitation programs for the treatment of claudication pain. A meta-analysis". JAMA. 1995 Sep 27;274(12):975-80.
9. Hiatt WR, Regensteiner JG, Hargaten ME, Wolfel EE, Brass EP (1990): "Benefit of exercise conditioning for patients with PAD". Circulation; 81:602-609, 1990 by AHA
10. Hiatt WR, Regensteiner JG, Wolfel EE, Carry MR, Brass EP (1996): "Effect of exercise training on skeletal muscle histology and metabolism in peripheral arterial disease". J Appl Physiol. 1996 Aug;81(2):780-8.
11. Watson L, Ellis B, Leng GC. (2008): "Exercise for intermittent claudication". Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD000990. 54.
12. Weiss T, Fujita Y, Kreimeier U, Messmer K (1992): "Effect of intensive walking exercise on skeletal muscle blood flow in intermittent claudication". Angiology. 1992 Jan;43(1):63-71.

Capítulo 174

ARTROGRIPOSIS: TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL RECIÉN NACIDO Y LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

CELIA COLLADO HUERTA

BELEN NAVARRO CONEJERO

BEATRIZ INIESTA PIQUERAS

JUAN ANDRES SANCHEZ DIAZ

1 Introducción

La Artrogriposis Múltiple Congénita es un síndrome clínico de etiopatogenia multifactorial y compleja, cuya presentación clínica es muy variable de unos casos a otros. La característica general entre todos ellos es la presencia de contracturas y rigidez articular, no progresiva, presentes en el momento del nacimiento. Es una enfermedad poco común que ocurre en un pequeño porcentaje de la población.

Hall y cols. denominaron en 1983 la amioplasia a la forma clásica de AMC que afecta las cuatro extremidades. Se refiere a un conjunto de enfermedades raras y heterogéneas de la infancia en la que los niños afectados presentan al menos dos articulaciones rígidas en un mismo miembro y al igual que los músculos de los miembros superiores, inferiores y del dorso, los músculos pueden estar ausentes, reducidos en tamaño y/o número o estar reemplazados por tejido fibroso o grasa.

El grado de afectación varía de un paciente a otro y la deformidad clásica es bilateral y simétrica.2

La artrogriposis múltiple son un grupo heterogéneo de enfermedades congénitas.1 Según términos más actuales, el término artrogriposis hace referencia a cuando hay más de un área del cuerpo afectada por contracturas congénitas.

Los niños nacidos con esta enfermedad suelen ser niños a término, de peso medio, de apariencia saludable, sin anomalías asociadas e inteligencia habitualmente normal, teniendo buen pronóstico de vida pero no funcional. 1

La forma clásica de artrogriposis más frecuente es la amioplasia. La incidencia de estos desórdenes se calcula entre 1/3,000 y 1/5,000 nacidos vivos.

Se estima que pueden existir alrededor de 400 tipos de Artrogriposis. Así podemos hablar de Amioplasia, Artrogriposis distal, Síndrome de Pterygium Síndrome de Pterigium, de Freeman-Sheldon, osteocondrodisplasias, etc.9

Muchos tipos de artrogriposis tienen una base genética, otros ocurren como un evento aislado en familias y son de causa desconocida; un tercer grupo es de causa ambiental. La mayor parte de los tipos de artrogriposis no tiene preferencia de género, aunque se han descrito algunas formas diferentes de artrogriposis ligadas al cromosoma X6. Al parecer, cualquier proceso in útero que favorezca la disminución de movimientos fetales (acinesia fetal) puede desencadenar contracturas congénitas y en casos graves progresar a la deformación. 1,2,3

La acinesia fetal, que perdure por más de 3 semanas, puede ser lo suficiente para dar paso a la ausencia de estiramiento normal tanto de músculos como tendones que actúan sobre las articulaciones afectadas, y así causar una disminución de la distensibilidad de la cápsula articular y de ligamentos periarticulares, lo que nos lleva a la fibrosis y a las contracturas de las articulaciones.

Las deformidades son notorias en el momento del nacimiento. La artrogriposis múltiple congénita no es progresiva; sin embargo, el cuadro que la causa (p. ej., distrofia muscular) puede serlo.

En las manifestaciones clínicas clásicas de la artrogriposis múltiple congénita encontramos:

- Articulaciones rígidas.
- Ausencia de pliegues cutáneos.
- Luxación de algunas articulaciones, especialmente la cadera.
- Atrofia incluso ausencia de grupos musculares.
- Sensibilidad conservada y reflejos tendinosos profundos disminuidos o ausentes.
- Afectación de las cuatro extremidades simétricamente.
- Hombros en aducción y rotación interna.

• Codos extendidos.
• Muñecas y dedos flexionados.
• Caderas en ligera flexión. Pueden estar luxadas.
• Rodillas extendidas.
• Pies en posición equinovara.
• Músculos de las piernas hipoplásicos por lo general.
• Miembros con tendencia a ser tubulares sin sus características habituales.
• Otros problemas asociados como escoliosis, hemangiomas, anomalías faciales (falta de expresión mímica), problemas respiratorios o hernias abdominales.
• Los segmentos distales pueden presentar malformaciones asociadas: sindactilia, polidactilia o sinostosis cubitorradial.
• Puede haber fusión de huesos de carpo.
• Cráneo estrecho y dismorfias faciales, hipoplasia mandibular.

El grado de afectación es muy variable. Hay mayor gravedad con la aparición de síntomas asociados, pudiendo haber un grado de discapacidad física grave. Algunos niños pueden presentar disfunción primaria del sistema nervioso central, pero la inteligencia suele ser normal.

2 Objetivos

- Dar a conocer la artrogriposis múltiple congénita.
- Exponer el tratamiento fisioterapéutico en el recién nacido y en los primeros años en niños con artrogriposis múltiple.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en conocidas bases de datos como PubMed y Medline.
Se analizaron estudios tanto en inglés como español y los filtros aplicados fueron "texto completo libre" y "en los últimos 10 años".
También se utilizaron para el desarrollo de esta revisión publicaciones encontradas en Internet a través de páginas oficiales como Google Académico o revistas científicas de fisioterapia.
Palabras clave: fisioterapia, AMC, amioplasia, tratamiento.

4 Resultados

Aunque la artrogriposis múltiple no es una disfunción progresiva es necesario un tratamiento de forma temprana. El tratamiento deber ser multidisciplinar e incluye la participación de un ortopedista, un neurólogo, un anestesiólogo, un fisioterapeuta y la participación de los padres o tutores, a los que hay que se deben dar pautas y asesoramiento sobre dicho tratamiento.
El objetivo inicial del fisioterapeuta será conseguir el máximo grado de movilidad posible de las articulaciones implicadas y mantener los segmentos en posición óptima. El tratamiento puede ser necesario hasta la vida adulta. Además los objetivos de la intervención terapéutica también serán:
• Reducir las limitaciones físicas: estiramientos, splints, férulas seriadas, control postural, estimular el movimiento activo, etc.
• Facilitar estrategias para el desarrollo de actividades y compensación del déficit de aprendizaje.
• Ser lo más autónomos posible para el desarrollo de las ABVD.
• Apoyo familiar crucial.

Una valoración temprana y exhaustiva será de gran utilidad para el planteamiento del tratamiento. Se tendrán en cuenta aspectos como:
• Medir amplitud articular.
• Observar la movilidad espontánea.
• Palpación de contracturas musculares.
• Valorar como el niño voltea, arrastra, gatea, como cambia de postura,etc.
• Más adelante valorar las AVD, material adaptado para independencia, etc.
Tanto el tratamiento ortopédico como fisioterápico debe iniciarse en los primeros días de vida. Pautas de fisioterapia intensiva en el recién nacido muestran mejores resultados.
El tratamiento fisioterápico es indispensable y debe iniciarse al nacimiento y durará hasta la finalización del crecimiento siendo primordial una colaboración con el ortopeda. Se intentará aumentar la amplitud articular, la fuerza muscular y mejorar el desarrollo psicomotor del niño. Es importante incluir a los padres en el tratamiento del niño para que lo realicen en casa y lo tomen como una rutina diaria.
El objetivo inicial como se ha dicho es conseguir el máximo grado de movilidad de las articulaciones implicadas y mantener los segmentos en una posición óptima, siendo la terapia en casa impartida por los padres de gran importancia porque las movilizaciones se harán durante poco tiempo pero varias veces al día

(estiramientos 3-5 veces al día durante 10-20 seg.) siendo esto muy importante en periodo de crecimiento.
Se deben evitar estiramientos agresivos, estirar solo el final de la amplitud articular y mantener con férula o splint (termoplástico) si es necesario. Los estiramientos deben ser suaves, prudentes y eficaces.
El niño con AMC puede que desarrolle una representación de movimiento muy pobre por lo que se intentará mejorar a través del juego mejorando el esquema corporal, postura y movimiento.
En estos primeros años, la fisioterapia comprende:
• Movilizar articulaciones.
• Confeccionar splints.
• Modificar posiciones.
• Control postural del niño en crecimiento.
• Progresión del desarrollo del niño mediante el juego.
• Asesorar /enseñar a la familia actividades que se llevarán a cabo en el entorno familiar y asesorar sobre juegos adaptados para estimular fisicamente y cognitivamente al ñiño.
Una vez que el niño está en edad de carga:
• Órtesis posturales de MMII para mantener la alineación de los segmentos.
• Órtesis de marcha y ayudas técnicas.
• Reeducación de la marcha.
• Trabajo del equilibrio, coordinación y propiocepción.
El objetivo será la máxima independencia, de gran importancia la deambulación y ABVD como alimentación (interacción mano-boca) y vestirse (gran importancia del MMSS para el desarrollo de dichas actividades). Seguiremos con el mantenimiento de amplitudes articulares y si es posible continuar aumentándolas.
La falta de amplitud articular en manos y dedos dificulta motricidad fina y por tanto dificulta la escritura por lo que es necesario adaptar el material y las ayudas técnicas en esta etapa.
Se seguirán realizando estiramientos aunque disminuye la tolerancia a ellos en esta etapa, será recomendable realizarlos dos veces al día.
En esta etapa es importante que el niño tenga interacción social y para ello la independencia motriz es relevante. Por tanto serán necesarias ayudas para la movilidad para facilitar la relación del niño con su entorno y demás niños, realizando actividades igual que ellos y motivando al niño a pensar y actuar buscando soluciones creativas.
Debemos acompañar este proceso y maximizar sus capacidades. Se irá restringiendo poco a poco el uso de ayudas técnicas si es posible.

En edades preescolares el niño puede seguir necesitando fisioterapia y material adaptado. Empieza a ser más independiente y más responsable en su autocuidado. Las contracturas y rigidez seguirán siendo un problema importante y en el aula es básico que las sillas y mesas tengan una altura adecuada para evitar una sedestación anormal.
Si la marcha dificulta su participación en actividades sociales pueden plantearse el uso de silla de ruedas eléctricas para el desplazamiento pero sin reemplazar la posible deambulación.

5 Discusión-Conclusión

Un artículo publicado en abril del 2023 afirma que la rehabilitación arroja resultados satisfactorios en el tratamiento de la AMC siendo imprescindible una atención precoz e individualizada adaptándose a las características de cada niño. Aunque también comparten que se necesita más producción científica y ensayos clínicos aleatorizados. [11]
Consideramos interesante un ensayo controlado aleatorizado publicado en 2021 que propone el uso de la telerehabilitación para brindar un programa de ejercicios en el hogar a jóvenes con artrogriposis de entre 8 y 21 años. El objetivo de ese estudio es evaluar la viabilidad de ofrecer un programa de ejercicios en el hogar mediante la telerehabilitación, ya que resulta primordial en estos pacientes los seguimientos fisioterapéuticos frecuentes y en ocasiones el acceso a la atención especializada puede verse limitado por aspectos como la distancia geográfica, por ejemplo, siendo la telerehabilitación una solución para poder realizar dichos seguimientos a niños y jóvenes con AMC y cuyos resultados del estudio fueron prometedores demostrando que este método de atención es factible. [12]
Hay estudios que hablan de la importancia de la protetización en pacientes con artrogriposis múltiple con graves deficiencias bilaterales de MMSS a los que actividades básicas de la vida diaria como la alimentación resultan prácticamente imposibles. Cuando esto ocurre y son necesarias múltiples cirugías, incluso la amputación y protetización de MMSS la fisioterapia pre y postoperatoria es al menos tan impotante como el procedimiento quirúrgico en sí, ya que la rehabilitación funcional tiene un gran impacto positivo en la calidad de vida y confianza del paciente en sí mismo integrando la prótesis a su imagen corporal. [13,14]
Por todo ello, concluimos que el tratamiento de fisioterapia es de gran importancia en el manejo de la artrogriposis múltiple, ya que puede evitar o prolongar la necesidad de tratamientos quirúrgicos, disminuirá la utilización de férulas y mejorará la calidad de movimiento y calidad de vida de estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Pozo González Alberto, Barbán Fernández Leonor. Congenital multiple arthrogryposis: a case presentation. AMC [Internet]. 2010 Dic [citado 2023 Mar 30] ; 14(6): 1-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600015&lng=es.
2. Marivis Polania Rodríguez,Sergio Nájera Ruano, Priscilla Lamshing Salinas. Artrogriposis múltiple congénita: presentación de un caso. [Internet] Vol. 61, Núm. 4 Oct. - Dic. 2016 p. 286 - 290 [citado 2023 Mar 30] . Disponible en: https://web.archive.org/web/20180506025722id_/http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2016/bc164i.pdf

3. Bjarne MM. Arthrogryposis multiplex congenita: an update. J Child Orthop. 2015; 9: 425-426.

4. Hernández Corbo R. Movimiento Infantil. Período fetal. La Habana: Editorial Deportes; 2005. p. 8

5. Simeon A. Boyadjjey Boyd MD. University of California, Davis. Artrogriposis multiple congenital. Manual MSD [Internet] Revisado médicamente sep. 2022. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/malformaciones-cong%C3%A9nitas-craneofaciales-y-musculoesquel%C3%A9ticas/artrogriposis-m%C3%BAltiple-cong%C3%A9nita
6. Paulina Álvarez-Quiroz, 1 Emiy Yokoyama-Rebollar. Arthrogryposis: Clinical and diagnostic approach. Criterio pediátrico. Acta Pediatr Mex. 2019 enero-febrero; 40(1):44-50. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1761-Texto%20del%20art%C3%ADculo-5214-1-10-20190128.pdf

7. J. Cip, H. Lengnick, K. Studer, H. Klima. Arthrogryposis Multiplex Congenita (AMC) – Conservative Treatment with an Orthosis. Publicado en la revista especializada: ORTHOPÄDIE TECHNIK 03/16.

8. Vergara-Amador Enrique, Erazo Acosta Lina Marcela. Artrogriposis múltiple congénita: espectro de deformidades en el miembro superior, a propósito de una serie de casos. rev.fac.med. [Internet]. 2017 Dic [citado 2023 Mar 30] ; 65(4): 571-575. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112017000400571&lng=en.
https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n4.59446

9. Asociacion de artrogriposis multiple congenital.disponible en: https://artrogriposis.org/artrogriposis/
10.https://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/ES/Prevalencia_de_las_enfermedades_raras_por_prevalencia_decreciente_o_casos.pdf
11. García Aguilar CE, García-Muñoz C, Carmona-Barrientos I, Vinolo-Gil MJ, Martin-Vega FJ, Gonzalez-Medina G. Rehabilitation in Patients Diagnosed with Arthrogryposis Multiplex Congenita: A Systematic Review. Children (Basel). 2023 Apr 24;10(5):768. doi: 10.3390/children10050768. PMID: 37238316; PMCID: PMC10217713.
12. Gagnon M, Marino Merlo G, Yap R, Collins J, Elfassy C, Sawatzky B, Marsh J, Hamdy R, Veilleux LN, Dahan-Oliel N. Using Telerehabilitation to Deliver a Home Exercise Program to Youth With Arthrogryposis: Single Cohort Pilot Study. J Med Internet Res. 2021 Jul 6;23(7):e27064. doi: 10.2196/27064. PMID: 34255680; PMCID: PMC8292936.
13. Axt MW, Niethard FU, Döderlein L, Weber M. Principles of treatment of the upper extremity in arthrogryposis multiplex congenita type I. J Pediatr Orthop B. 1997 Jul;6(3):179-85. doi: 10.1097/01202412-199707000-00005. PMID: 9260646.

14. Salminger S, Roche AD, Sturma A, Hruby LA, Aszmann OC. Improving arm function by prosthetic limb replacement in a patient with severe arthrogryposis multiplex congenita. J Rehabil Med. 2016 Oct 5;48(8):725-728. doi: 10.2340/16501977-2123. PMID: 27534547.

Capítulo 175

HIGIENISTA DENTAL Y RAYOS X: RADIOGRAFÍA DE ALETA MORDIDA

EVELIN AMEIJENDA RAMÍREZ

1 Introducción

La radiografía de aleta mordida permite estudiar los dientes inferiores y superiores de la cavidad bucal. Lo que se busca es observar el hueso del diente para poder detectar anomalías y es una técnica muy empleada en odontología.

Esta técnica no permite observar los tejidos blandos, y sin embargo es una de las más empleadas en las consultas dentales para obtener un buen diagnóstico.

Su denominación se debe a la manera en que se obtiene este tipo de radiografías, ya que se requiere que el paciente muerda una pequeña aleta o lengüeta que lleva acoplada una película que se introduce en la cavidad bucal del paciente.

La principal función de este tipo de radiografías es observar las caries de los pacientes, ya que al obtener, en una sola radiografía, la visión de las dos arcadas, podemos comprobar si existen caries en el espacio interproximal, de ahí que a esta técnica también se la denomine “radiografía interproximal”.

En la actualidad, esta técnica ha evolucionado gracias a la evolución tecnológica, permitiendo eliminar la aleta y sustituirla por una “solapa”, y la vez se introduce la imagen digital, de forma que la radiografía es enviada directamente al ordenador de la consulta, en lugar de las placas tradicionales donde era necesaria la técnica del revelado.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Definir y explicar en qué consiste la técnica de aleta mordida

Objetivo secundario:
-Explicar cómo se realiza la radiografía de aleta mordida

3 Metodología

Para realizar esta publicación, hemos buscado información en la base de datos de Pubmed, y la hemos cotejado con diferentes manuales de odontología para ir analizando todas las características de la técnica que abordamos.

También se ha consultado con higienistas dentales de Atención Primaria sobre la importancia de la técnica y su uso diario en consultas dentales, y sobre todo sobre cómo se realiza una radiografía interproximal.

4 Resultados

La técnica cuyo estudio abordamos ayuda a garantizar el control de las caries interproximales, es decir, las que tiene el paciente entre los dientes y que a simple vista no se pueden detectar por el odontólogo.
Por ello se podría decir, que es una de las técnicas más empleadas en las consultas dentales.

Esta técnica es muy sencilla y fácil de llevar a cabo, si bien algo incómoda para algunos pacientes, pero que permite obtener un diagnóstico muy preciso con respecto a las caries. Esta radiografía no muestra los tejidos blandos, por lo tanto, la lengua no impide obtener una buena imagen radiográfica. También debemos mencionar que esta técnica no es muy propicia en niños, ya que suelen mostrarse más receptivos y más inquietos a la hora de tomar la imagen.

La técnica consiste principalmente en morder una lengüeta o aleta, que va a adherida a una película y desde el exterior se acciona el aparato de RX para obtener la imagen.

La radiografía de aleta mordida suele ser incómoda para los pacientes, pues tienen que mantener la lengüeta o aleta, sujeta con la dentadura, y la película en ocasiones genera malestar en el paciente (dado el tamaño), si bien es cierto

que se hace cuestión de segundos. Luego debemos colocar el tubo de rayos X alineado al paciente y en dirección a la aleta de mordida, a donde va dirigido el haz de luz, y se hace la exposición.

Si bien en la imagen obtenemos una visión de las dos arcadas, suele ser necesario hacer otra imagen para poder ver los molares y premolares e incluso en ocasiones para ver el tercer molar.

Debemos de tratar que el paciente esté lo más quieto posible para evitar que la imagen salga difusa o corrida. En cuyo caso, habría que repetir el proceso.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía de aleta mordida destaca por su bajo coste y por la rapidez en la obtención del resultado para obtener el diagnóstico correcto. La radiación a la que se somete al paciente es minúscula, si bien deben tomarse medidas de protección como collares antitiroideos, y por lo tanto se justifica el uso de radiología en el paciente en base a que se garantiza un correcto diagnóstico bucal.

Esta técnica está evolucionando en muchas consultas hoy en día, y ya se emplea con el uso de la imagen digital, que permite obtener la imagen al instante sin tener que recurrir a la técnica de revelado.

6 Bibliografía

-Fundamentos de la radiología dental

Capítulo 176

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ISABEL ORTEGA BELIO

1 Introducción

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad y muerte en la sociedad actual. Se define como la existencia mantenida de una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o de una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

De cara al manejo inicial de un paciente hipertenso, las guías recomiendan en primer lugar establecer si la hipertensión es sostenida, así como su magnitud. También será importante buscar la existencia de causas tratables, valorar la posible afectación de órganos diana y/o enfermedades cardiovasculares, detectar la coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular, identificar otras enfermedades concomitantes que pudieran estar influyendo en el pronóstico, tratamiento o evolución de la hipertensión, así como evaluar el estilo de vida.

En cuanto a su clasificación, la hipertensión arterial se puede clasificar según las cifras de la presión arterial sistólica y diastólica, sU etiología (siendo esencial en la mayoría o secundaria en un grupo minoritario de pacientes) y según el riesgo cardiovascular del paciente.
Por todo ello, se considera esencial un pronto diagnóstico y tratamiento de esta patología, debido a la alta morbimortalidad relacionada.

En el presente capítulo se describe el manejo farmacológico del paciente con hipertensión arterial esencial.

2 Objetivos

Exponer los principales fármacos usados para el tratamiento del paciente con hipertensión arterial esencial, así como sus contraindicaciones o efectos adversos

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 artículos en las principales bases de datos, Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, así como las últimas guías de práctica clínica basadas en la evidencia.

4 Resultados

Los principales fármacos utilizados para el manejo de la hipertensión se resumen a continuación:

1. INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (IECA)
Su acción, debida al bloqueo del enzima, produce vasodilatación. Así pues, disminuye la formación de angiotensina II a la par que se impide la degradación de bradicininas y prostaglandinas, las cuales producen vasodilatación arteriovenosa.
Son considerados fármacos de primera elección en el tratamiento de la hipertensión arterial. Respecto a su uso, están contraindicados en caso de embarazo o estenosis bilateral de las arterias renales. Además, será importante antes de iniciar el tratamiento que el potasio sea ≤5,0 mmol/l, el filtrado glomerular (FG) esté en torno a 30 ml/min y la creatinina basal (Cr) sea ≤2,5 mg/dl.
Como efectos adversos, puede aparecer un empeoramiento de la función renal hiperpotasemia e hipotensión sintomática. También puede aparecer tos seca, debido a la inhibición de la degradación de las bradicininas y angioedema.
En este grupo se encuentran enalapril, lisinopril o captopril, entre otros.

2. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II (ARA II)
Su mecanismo de acción produce la inhibición de la producción de aldosterona desde la corteza renal, con la consiguiente vasodilatación. Se consideran fármacos de primera elección en el tratamiento de la hipertensión. Se deben tener las

mismas precauciones que con el uso de IECA, valorando los electrolitos, creatinina y filtrado glomerular. También están contraindicados en el embarazo y en estenosis bilateral de las arterias renales. A diferencia de los IECA, tienen una menor incidencia de producir tos seca y angioedema.
En este grupo se encuentra el losartán, valsartán o candesartán, entre otros.

3. ANTAGONISTAS DE LOS CANALES DE CALCIO
Los dihidropirimidínicos actúan menos sobre el miocardio y más sobre la circulación periférica, produciendo mayor vasodilatación arterial. Se consideran también fármacos de primera línea en el tratamiento de la HTA. Se encuentran contraindicados si existe la presencia de taquiarritmias o edemas en miembros inferiores previos.
En este grupo se encuentra el nimodipino o amlodipino, entre otros.

4. DIURÉTICOS
Principalmente, se usan los diuréticos tiazídicos, de asa y ahorradores de potasio.

- Tiazídicos: disminuyen moderadamente el volumen extracelular y la resistencia vascular periférica debido al aumento de la excreción de sodio, agua y potasio en el túbulo contorneado distal. Será importante tener en cuenta que los diuréticos tiazídicos no son eficaces en filtrados glomerulares menores a 30 mL/min. Producen una diuresis más prolongada y moderada. Son ejemplos hidroclorotiazida o clortalidona, entre otros.

- De asa: poseen acción vasodilatadora y venodilatadora periféricas, aparte de inhibir la reabsorción de sodio, potasio y cloro, reduciendo así la presión arterial. Producen una diuresis más intensa y corta. Son ejemplos furosemida o torasemida, entre otros.

- Ahorradores de potasio: su efecto se produce debido al bloqueo de los canales de sodio en el túbulo contorneado distal, inhibiendo así la reabsorción de sodio y agua, con la consecuente disminución de la volemia y presión arterial. Son ejemplos espironolactona o eplerenona, entre otros.

5. BETABLOQUEANTES (BB)
Producen una reducción de la frecuencia cardiaca, contractilidad y velocidad de conducción (beta 1) así como relajación de la musculatura lisa vascular (beta 2), de modo que desencadenan efecto hipotensor.
Se encuentran contraindicados en situaciones de bloqueo aurículo-ventricular de grado II y III, en asma bronquial, isquemia crítica en extremidades o reacción

alérgica conocida.
En este grupo se encuentran bisoprolol, carvedilol o nebivolol, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

La hipertensión arterial es una de las patologías con mayor prevalencia en la sociedad actual, lo que condiciona una alta morbimortalidad y complicaciones derivadas de un mal tratamiento y diagnóstico. Por ello, se considera esencial un tratamiento farmacológico óptimo para disminuir el riesgo de complicaciones y eventos cardiovasculares futuros. Como fármacos de elección para la hipertensión arterial destacan los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) como enalapril, los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) como losartán o valsartán, antagonistas de los canales de calcio como nifedipino o amlodipino, diuréticos (destacando los diuréticos tiazídicos, de asa y ahorradores de potasio) y betabloqueantes como bisoprolol o carvedilol. Además, se considera necesario adoptar un estilo de vida saludable mediante una dieta equilibrada, disminución en el consumo de sal y la práctica de ejercicio físico regular.

6 Bibliografía

1. Guía clínica de Hipertensión arterial - Fisterra [Internet]. Fisterra.com. [citado el 12 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertension-arterial/
2. Gorostidi M, Gijón-Conde T, de la Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Hipertens Riesgo Vasc [Internet]. 2022 [citado el 12 de julio de 2023];39(4):174–94. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-pdf-S1889183722000666
3. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 12 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults?search=hipertension%20arterial&source=search_result&selectedTitle=1150&usage_type=default&display_rank=1
4. Guía clínica de Insuficiencia cardiaca: tratamiento y seguimiento - Fisterra [Internet]. Fisterra.com. [citado el 12 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/insuficiencia-cardiaca/

Capítulo 177

ACTUALIZACIÓN EN ALTERACIONES ERITROCITARIAS Y SU ESTUDIO EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA

MOISÉS GAMO PASTOR

1 Introducción

La tinción es la práctica que se realiza con el objetivo de colorear las diversas estructuras celulares que hay en la sangre, se consigue aumentar el contraste y se facilita la identificación de las distintas células que hay en la muestra. Uno de los objetivos de esta tinción es la observación de las alteraciones eritrocitarias, que es de lo que se va a centrar este capítulo.

El eritrocito maduro es la célula mayoritaria del torrente sanguíneo. No tiene núcleo, tiene forma de disco bicóncavo, un diámetro de entre 7-9 μm, un grosor de 2 μm en la periferia y de 1 μm en la parte central. Su volumen aproximado es de entre 80 y 100 fl. Su misión principal es la de transporte de oxígeno a las demás células del cuerpo, intercambiándolo por dióxido de carbono que llevará al pulmón para su eliminación.
El orden de maduración del eritrocito es: Proeritroblasto, Eritroblasto basófilo, Eritroblasto policromático, Eritroblasto policromático, Reticulocito y, finalmente, Eritrocito.

Las tinciones Romanosky, es una tinción prototípica, tinción predecesora de las tinciones actuales que se utilizan en el laboratorio: Giemsa, Wright… que ayudaran a la observación de las anormalidades de los eritrocitos.

Estas tinciones emplean dos tipos de colorante, el azul de metileno, que es un colorante básico con afinidad por los componentes celulares ácidos, dándoles una tonalidad azulada. La eosina es un colorante ácido, con afinidad por los componentes celulares básicos que adquieren una tonalidad rosada.

Los eritrocitos poseen hemoglobina que es una proteína básica, por tanto, los eritrocitos bajo el microscopio se observarán de un color rosa-salmón.

2 Objetivos

- Explicar las alteraciones de color, tamaño y forma que pueden presentar los eritrocitos.
- Relacionar cada tipo de alteración eritrocitaria con su patología.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, basado en una investigación documental y una revisión bibliográfica, se han utilizado fuentes de información como artículos, revistas y varios libros, consultando en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras clave elegidas para la búsqueda de los artículos han sido: Eritrocito, anemias, alteraciones eritrocitarias.

4 Resultados

Alteraciones en el color:
- Normocromico: Color normal

- Hipocrómico: Cantidad de hemoglobina está disminuida, la parte central del eritrocito es más pálida. Típico de anemias ferropénicas.

- Hipercrómico: Gran cantidad de hemoglobina, se pierde el halo central. Típico de anemias megaloblásticas y esferocitosis.

- Anisocromía: Existen eritrocitos tanto hipocrómicos como hipercrómicos. Se puede ver en anemias sideroblásticas.

- Policromasia: Presencia elevada en sangre de eritrocitos jóvenes, abandonan prematuramente la medula ósea y se tiñen de azul pálido debido al contenido

que tienen de ARN. Son los denominados reticulocitos.

Alteraciones en el tamaño:
- Microciticos: Eritrocitos pequeños, con un volumen corpuscular medio inferior a 80 fl. Típico de talasemias y anemias ferropénicas.

- Macrociticos: Eritrocitos de elevado tamaño, con un volumen corpuscular medio superior a 100 fl. Típico de anemia megaloblástica.

- Anisocitosis: Alteración del tamaño de eritrocitos, se encuentran de varios tamaños, microciticos, normocíticos y macrocíticos. Existe una elevada distribución eritrocitaria (ADE).

Alteraciones en la forma:
- Poiquilocitosis: Hace referencia a la presencia de diferentes formas de los hematíes en la misma muestra.

- Eliptocitos u ovalocito: Forma ovalada alargada. Se puede observar en anemia ferropénica, eliptocitosis hereditaria, anemia megaloblástica.

- Esferocitos: Con forma de esfera, el eritrocito ha perdido su forma bicóncava. Se observa en anemia hemolítica.

- Dianocitos: El área central es más oscuro que el reborde, dando un aspecto de diana. Aparece en Talasemias, enfermedades de hemoglobina C.

- Esquistocitos: Son hematíes fragmentados. Típico de anemias hemolíticas.

- Acantocitos: Eritrocitos con espículas asimétricas o de forma irregular. Se observa en Abetalipoproteinemia.

- Equinocitos (Burr-cells): El eritrocito presenta un gran número de espículas cortas que lo rodean simétricamente. Aparece en anemia por déficit de piruvato quinasa (PK).

- Estomatocitos: El eritrocito presenta una depresión central alargada, semejante a una boca. Se observa en Estomatocitosis hereditaria.

- Dacriocitos: Tienen forma de pera o lágrima. Se observa en síndromes mieloproliferativos.

- Drepanocitos o hematíes faciformes: Hematíes alargados, estrechos, con extremos puntiagudos, con forma de hoz o medialuna. Contienen hemoglobina S.

Típico de anemias falciformes.

- Excentrocitos: La hemoglobina se halla acumulada en uno de los extremos del hematíe, la zona central se observa clara. Aparece ante un déficit de glucosa -6 – fosfato- deshidrogenasa (favismo).

- Queratocito: Eritrocito con forma de casco, presenta dos proyecciones citoplasmáticas. Aparece en anemia hemolítica.

Alteraciones de la estructura, inclusiones eritrocitarias:
- Punteado basófilo: El eritrocito presenta por su citoplasma gránulos azulados, son ribosomas parcialmente degradados. Esta inclusión es típica de intoxicación por plomo, betatalasemia, anemia ferropénica.

- Cuerpos de Pappenheimer: Inclusiones pequeñas, basófilas, únicas o en grupos que se encuentran en la periferia del hematíe. Se trata de partículas de hierro o hemosiderina. Pueden observarse mediante tinción de Perls. Es típico de anemia sideroblástica.

- Cuerpos de Howell-Jolly: inclusiones únicas, aunque rara vez dobles, pequeños y de color violeta, son restos de cromatina nuclear, que provienen de la incompleta expulsión del núcleo en la maduración del eritrocito. Aparecen en anemia megaloblástica.

- Anillos de Cabot: Anillos de color rojizo o purpura que corresponden a restos de la membrana nuclear y microtúbulos del eritroblasto. Se observan en anemias megaloblásticas.

- Cuerpos de Heinz: inclusiones redondeadas, próximas a la membrana, que se forman por la acumulación de hemoglobina precipitada. Se pueden observar con la tinción de azul cresil brillante. Aparecen en enzimopatías como el déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa, patologías de la hemoglobina, anemias hemolíticas por acción de fármacos.

- Fenómeno Rouleaux o formación de pilas de monedas: Se trata de una superposición de los eritrocitos uno detrás de otro, como si formaran una cadena. Suele deberse a un aumento de proteínas, sobre todo de inmunoglobulinas. Se observaba en la gammapatía monoclonal.

5 Discusión-Conclusión

La práctica que realiza el técnico de laboratorio respecto al estudio de las extensiones de sangre y la evaluación de los índices eritrocitarios es una práctica que, en la actualidad, ayuda al diagnóstico de cualquier tipo de anemia.

El estudio de frotis sanguíneo es una herramienta importante que se complementa con el hemograma. Un estudio del Volumen corpuscular medio, junto con la extensión, permite efectuar una clasificación básica de las anemias en función del tamaño de los hematíes, de esta manera, se podrá llevar a cabo un estudio analítico óptimo, discriminando los tipos de anemias que no concuerden con el tamaño del eritrocito. También es posible hacer otra gran clasificación de las anemias: en arregenerativas y regenerativas. Si en la extensión observamos gran número de eritrocitos color azulado, puede existir una policromasia, es decir, hay muchos reticulocitos en sangre y, por tanto, la anemia es regenerativa. Por el contrario, una disminución de reticulocitos en sangre podría tratarse de una anemia arregenerativa.

6 Bibliografía

1. Ventimiglia FD, Rivas-Ibarüen Ma, Vildoza A, Orsilles MÁ. Valor diagnostico de la morfología eritrocitaria en las anemias. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572017000300013.
2. Megías Vericat J, San Miguel Diez T, Serna García E. Frotis Sanguíneo y Tinción de Giemsa. Disponible en: https://roderic.uv.es/handle/10550/56145.

Capítulo 178

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DEL SISTEMA MAYOR DE HISTOCOMPATIBILIDAD

ANA POBLETE GUTIÉRREZ

LAURA CALLAU MARTÍN

MARIA DOLORES ALONSO MARTINEZ

IDAIRA MARÍA SOCORRO FERRER

MARÍA NURIA PAYO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La histocompatibilidad, en pequeña medida, se le conoce como el Complejo Mayor de Histocompatibilidad (MHC). Numerosos genes que regulan las respuestas inmunológicas se encuentran en esta región del cromosoma y juegan un papel en el rechazo de los tejidos trasplantados.
Las clases I, II y III son tres grupos considerables de moléculas que se dividen en esta región según su distribución, estructura y función en los tejidos.
El primer antígeno de la región del Sistema Mayor de Histocompatibilidad (HLA), que llamó MAC y ahora se conoce como HLA, fue descubierto por el profesor francés de medicina experimental Jean Dausset en 1958, marcando el inicio del estudio de este sistema. A2. Sin embargo, el sistema HLA fue reconocido por primera vez por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1967.

Las células tienen moléculas en su superficie que son particulares de cada individuo. Con la ayuda de estas moléculas o marcadores, el sistema inmunitario es capaz de distinguir entre sustancias ”propias” y ”ajenas”. Las moléculas de histocompatibilidad, que identifican a las células como propias, se expresan en la superficie celular y se codifican genéticamente en una región del brazo corto del cromosoma 6 conocida como HLA. Los marcadores HLA ayudan a identificar qué antígenos puede reconocer cada persona, y este sistema es crucial para la respuesta inmune. También permite que las células inmunitarias como los linfocitos B, los linfocitos T y los macrófagos se reconozcan y se comuniquen entre sí.
Además de ser utilizado para diagnosticar enfermedades autoinmunes como la enfermedad celíaca, la artritis reumatoide o la espondilitis anquilosante, el estudio de los genes HLA es fundamental para la realización de las pruebas de paternidad como de trasplantes.

2 Objetivos

Desarrollar y familiarizarse con los principales atributos, roles y técnicas que se utilizan en el laboratorio de Inmunología, particularmente en la sección de Histocompatibilidad, en relación con el tema previamente expuesto para su estudio, así como la medición.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, entre las que se encuentran las siguientes: ScienieDirect, Scielo, MetLine, o Cuiden Plus, para asegurar la correcta ejecución del trabajo expuesto. Para mí, estos han sido extremadamente útiles en el trabajo.

4 Resultados

Hay tres clases de moléculas HLA, como ya se mencionó:
1-Todas las células nucleadas y las plaquetas expresan moléculas de clase I, que están formadas por los antígenos HLA-A, HLA-B y HLA-C.
2-Las moléculas de clase II solo se encuentran en las superficies de las células T activadas, los linfocitos B, los macrófagos y algunas células epiteliales.

3-Las moléculas de clase III son proteínas codificadas por MHC, que participa en el sistema del complemento al activar la proteína C3. Ciertos antígenos HLA están presentes en una amplia gama de enfermedades humanas. Cuando una persona tiene una de estas enfermedades, su sistema inmunológico no reconoce los antígenos de su cuerpo como propios, lo que desencadena una reacción inmunológica que resulta en la muerte celular.
El antígeno HLA-B27, presente en el 90% de las personas con espondilitis anquilosante, el antígeno HLA-DR4, presente en la artritis reumatoide, y el antígeno HLA-BB, presente en la enfermedad celíaca, serán los tres principales antígenos en los que nos concentraremos en el desarrollo del trabajo. Cada uno de ellos se discutirá con más detalle a continuación:
1. Antígeno leucocitario de superficie HLA-B27 (clase I): Este gen es el responsable de una enfermedad reumática crónica que provoca dolor y fibrosis progresiva de las articulaciones. Está codificado en el locus B. Un resultado favorable ayuda al médico solicitante a identificar la espondiloartritis, un tipo de artritis. Otras enfermedades como las relacionadas con la artritis se incluyen en esta categoría de patología, con colitis ulcerosa, también conocida como enfermedad de Crohn, artritis psoriásica (artritis relacionada con la psoriasis), sacroilitis (inflamación de la articulación sacroilíaca) o uveítis.
Sin embargo, la presencia de la región HLA-B27 también se encuentra en algunos individuos sanos y no indica necesariamente que tenga una enfermedad. Por el contrario, un resultado positivo junto con los síntomas y signos más reconocibles de la enfermedad ayudan a confirmar de manera concluyente el diagnóstico.
Con frecuencia, la causa es desconocida. Sin embargo, en algunos casos de artritis reactiva, los antecedentes de infección por microbios como Chlamydia, Campylobacter, Salmonella, Ureaplasma o Yersinia están relacionados con el desarrollo de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Tras las revisiones, se puede concluir que la evaluación y estudio de las distintas regiones HLA que se realiza en el Laboratorio de Análisis Clínicos de la especialidad de Inmunología es de gran beneficio y ayuda para confirmar o descartar también enfermedades autoinmunes como con los trasplantes. De acuerdo a lo que pude deducir, el informe del laboratorio brindará esta vez información muy valiosa a través de una técnica laboriosa, pero debemos recalcar que es muy poca. Aunque los hombres son más propensos a desarrollar las enfermedades relacionadas con este antígeno leucocitario, las mujeres también pueden contraerlas,

aunque los signos y síntomas son más leves en las mujeres.

6 Bibliografía

-www.revistamedica.com
-www.scielo.org

Capítulo 179

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES

ANA POBLETE GUTIÉRREZ

IDAIRA MARÍA SOCORRO FERRER

MARIA DOLORES ALONSO MARTINEZ

LAURA CALLAU MARTÍN

MARÍA NURIA PAYO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El análisis de fluidos humanos es una prueba médica solicitada con frecuencia porque puede decirnos mucho sobre un paciente, incluso si tiene o no una enfermedad, qué tan grave es y qué tan bien le irá. Para su obtención se utilizan tanto métodos naturales como artificiales, como en el caso de la toma de muestras.
La obtención de muestras de sangre o líquido cefalorraquídeo de forma manual por un médico con la formación necesaria y suficiente para esta tarea, a diferencia de los métodos mecánicos, como la extracción de orina o esputo, o la obtención de muestras de sangre o líquido cefalorraquídeo.
Estas muestras de fluidos deben ser procesadas en el laboratorio clínico para ser diagnosticadas. Los técnicos de laboratorio son los encargados de preparar

y procesar las muestras mediante diversas técnicas y lograr resultados de esa manera.
El médico correspondiente podrá interpretarlos posteriormente.
La sangre y otros fluidos corporales potencialmente contaminados están expuestos con frecuencia a los profesionales de la salud que trabajan como técnicos de laboratorio. Esta exposición y posible contaminación es el mayor riesgo laboral al que se enfrentan, pero también es el más prevenible si se utilizan las barreras y medidas preventivas adecuadas para este trabajo.

2 Objetivos

Hacer una revisión sobre los peligros potenciales que un técnico de laboratorio podría enfrentar como resultado de entrar en contacto con varios fluidos corporales humanos en el trabajo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, entre las que se encuentran las siguientes: ScienceDirect, Scielo, MedLine, o Cuiden Plus, para asegurar la correcta ejecución del trabajo expuesto. Para mí, estos han sido extremadamente útiles para este trabajo.

4 Resultados

Los fluidos corporales son aquellas sustancias que pueden fluir o que se producen en el interior de los seres vivos, ya pueden ser líquidos o gases, incluso los sólidos finamente pulverizados. Los fluidos corporales son totalmente normales en el ser humano, son fluidos corporales que desechan los seres humanos; algunos de estos fluidos corporales son: Sangre, orina, heces, esputo, semen, líquido cefalorraquídeo y una variedad de otros fluidos corporales humanos son solo algunos de los fluidos corporales que se pueden analizar en el laboratorio clínico. Debido a que este análisis involucra varias disciplinas analíticas, el ritmo de trabajo es muy alto en un espacio pequeño donde muchos profesionales están trabajando simultáneamente.
En la medida de lo posible, se debe evitar la exposición a todos estos fluidos porque existe la posibilidad de que puedan estar contaminados y porque se suele

solicitar un estudio de los mismos cuando se sospecha una patología y se investiga profundamente.
Para evitar que el técnico de laboratorio se enferme o desarrolle problemas como consecuencia de la exposición a fluidos corporales, es importante identificar el origen o causa de la patología que se presenta en el paciente que aporta la muestra con previo cuidado.
Además, se observan riesgos en presencia de enfermedades no diagnosticadas y en ausencia de atención médica potencial en el momento del descubrimiento.
Para poder ver la trazabilidad de la muestra en caso de que se requiera un rastreo o una revisión, es fundamental evitar en la medida de lo posible el contacto con estos fluidos cuando se realizan pruebas de rutina a los pacientes.
Todos los protocolos relacionados con las muestras de laboratorio deben estandarizarse para minimizar o incluso eliminar por completo cualquier error potencial. Además, los recipientes de muestras de fluidos deben usarse correctamente para garantizar el aislamiento de cualquier posible contaminante.

5 Discusión-Conclusión

Al manipular muestras de fluidos corporales humanos como parte de su trabajo rutinario, los técnicos de laboratorio deben tener los conocimientos necesarios y saber cómo aplicarlos para evitar posibles contaminaciones.
El propio laboratorio deberá dotar de todas las barreras de protección personal imaginables, tales como guantes, gafas de protección, pantallas protectoras, mascarillas y ropa de trabajo, que se encargarán de la limpieza e higienización del propio fluido, así como técnicas de prevención expresa para cada fluido. Además, sería crucial la limpieza y la configuración del laboratorio en sí. A la hora de crear tareas, un buen espacio de trabajo debe ser ordenado y funcional.

6 Bibliografía

-https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2012/10/anc3a1lisis-clc3adnicos-de-fluidos-corporales-en-ellaboratorio.pdf.
-https://labclinicovirtual.wordpress.com/category/fluidos-corporales/.

Capítulo 180

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA HIGIENIZACIÓN DEL UNIFORME EXPUESTO A CONTAMINANTES

ANA POBLETE GUTIÉRREZ

IDAIRA MARÍA SOCORRO FERRER

LAURA CALLAU MARTÍN

MARIA DOLORES ALONSO MARTINEZ

MARÍA NURIA PAYO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Un laboratorio clínico debe estar muy bien informado sobre el tema que trata y debe cumplir con un horario que garantice la higiene y la seguridad. Para ser lo más higiénico posible y libre de posibles contaminantes de las muestras que se tratan en este campo, el ambiente del laboratorio de análisis clínicos, incluido el uniforme del técnico, debe ser desinfectado periódicamente. Se dispone de estudios sobre protocolos de evitación.
Se enfatiza que la contaminación cruzada en las muestras puede ocurrir porque los empleados de un laboratorio son la mayor fuente de variación y pueden prevenirse más fácilmente. Los empleados están allí por esta razón.
El uniforme de trabajo del técnico debe estar confeccionado con un material adecuado a las funciones a desempeñar en el laboratorio clínico, mantenerse limpio

y en buen estado en todo momento y contar con todas las piezas necesarias. Debe tener capas adicionales para los meses más fríos y la flexibilidad para ajustarse a los meses más calurosos. También debe tener el tamaño adecuado y estar libre de cualquier forma de prejuicio, incluido el prejuicio racial, como lo es la edad, el sexo o cualquier otro aspecto de la vida personal del empleado de técnico de laboratorio.

2 Objetivos

Describir las diferentes consideraciones que se deben hacer para mantener limpio el uniforme de trabajo del técnico de laboratorio de un hospital.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, entre las que se encuentran las siguientes: ScienieDirect, Scielo, MetLine, o Cuiden Plus, para asegurar la correcta ejecución del trabajo expuesto. Para mí, estos han sido extremadamente útiles en este trabajo.

4 Resultados

Para mantener un ambiente controlado en el laboratorio de análisis clínico, es fundamental cumplir con todas las estrictas normas de higiene dentro de un ambiente hospitalario. Una de esas reglas afecta la profundidad con la que se desinfecta el uniforme de trabajo del técnico. Sería imprescindible poseer un área limpia y segura donde la ropa de trabajo y la ropa de calle se puedan almacenar por separado, así como instalaciones adecuadas para cambiarse y uniformarse al llegar al lugar donde se realiza el trabajo, son necesarias para evitar que los trabajadores traigan sus pertenencias personales al laboratorio y prevenir posibles fuentes de contaminación. Los casilleros personales pueden ser utilizados para este fin, pero se recomienda que cuenten con un mecanismo de cierre que garantice la correcta protección de los elementos que se coloquen en su interior. La provisión de ropa de trabajo adecuada es responsabilidad del empleador.
El uniforme debe ser justo para todos los empleados y no debe discriminar a ningún trabajador por ningún motivo de carácter personal por ser utilizado en el laboratorio clínico. También debe estar limpio y en buenas condiciones. El personal del laboratorio clínico no puede llevarse el uniforme a casa para lavarlo

y descontaminarlo, ya que es responsabilidad del empleador. Durante el tiempo de permanencia en el área de trabajo, se exigirá el uniforme de trabajo, y en su lugar ocupará la ropa de trabajo antes de salir de la oficina, y a la calle. No se recomienda consumir alimentos, fumar o beber mientras se usa ropa de negocios. El técnico de laboratorio, por otro lado, debe comprometerse por completo y cumplir estrictamente con estos protocolos.
Por último, se debe informar cualquier daño o circunstancia peligrosa que involucre el uniforme.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión optamos por mantener una correcta higiene en el uniforme de trabajo del técnico de laboratorio y con ello contribuir a una correcta higiene en el laboratorio clínico, para ello se deben seguir los protocolos de entrada y salida del área de trabajo. El supervisor es el responsable de proporcionar al técnico de laboratorio todos los uniformes necesarios, y este último es responsable de usarlos y mantenerlos en buenas condiciones. Cualquier accidente o requerimiento de reemplazo del uniforme debe ser informado de inmediato para que sea reparado de inmediato y usar uno nuevo para poder seguir con el protocolo de seguridad del hospital.

6 Bibliografía

-https://prevencionar.com/2022/03/08/manual-de-seguridad-en-el-laboratorio/
-http://cufcd.edu.mx/calidad/v20/documentacion/CM/CEMA-DO-LA-2.pdf

Capítulo 181

BIOPSIA INTRAOPERATORIA POR CONGELACIÓN

SILVIA MENENDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Para proporcionar un diagnóstico histopatológico preciso en tejido fresco lo más rápido posible, la biopsia congelada es una herramienta de la patología crucial. Tiene un mejor desempeño diagnóstico que la citología, y su concordancia con el diagnóstico histológico final en el cual la biopsia convencional es fijada e incluida en parafina es de entre 96 y 99 por ciento. Los estudios intraoperatorios son procedimientos extremadamente importantes y cruciales en el quirófano y tienen indicaciones específicas como son: el tipo de tejido, la naturaleza benigna o maligna del tejido, la evaluación del estado de los márgenes de resección, la afectación de los ganglios linfáticos y la evaluación de la presencia de metástasis a distancia, lo que ayuda al cirujano a decidir en el momento si procede o se detiene un procedimiento quirúrgico. Es importante recordar que este tipo de biopsia es una herramienta de manejo del paciente más que una ruta rápida hacia un diagnóstico.

En esta sucinta revisión se pretende informar a la comunidad médica sobre el desarrollo de esta nueva técnica, sus indicaciones y contraindicaciones, y las modificaciones terapéuticas que pueden derivarse del método para que puedan ser aplicadas en la práctica clínica habitual para brindar la mejor atención a los pacientes.

2 Objetivos

Describir el procedimiento que se lleva a cabo durante una biopsia intraoperatoria.
Comentar las ventajas y desventajas de esta técnica.

3 Metodología

Esta metodología se llevo a cabo tras la búsqueda de fuentes relacionadas con el tema propuesto, mediante distintos artículos científicos especializados en el tema. La búsqueda se realizo a partir de las palabras clave: ”biopsia por congelación”, ”biopsia intraoperatoria”, ”criostato”.

4 Resultados

PROCEDIMIENTO DE LA BIOPSIA POR CONGELACIÓN
Se recibe tejido fresco y para obtener las secciones de tejido de interés se realiza un examen macroscópico y una macrosección. Luego, las secciones de tejido se colocan en la orientación específica de la muestra en un portamuestras que contiene un medio de inclusión hecho de una solución acuosa viscosa de alcohol polivinílico y polietilenglicol (comúnmente conocido como OCT), que estabiliza la sección de tejido, favorece la congelación y permite corte posterior. El bloque de tejido se inserta en la barra criogénica del criostato, donde se congela a temperaturas de alrededor de -35 ℃.
El micrótomo, que se utiliza para cortes de tejido con una resolución más fina, también se encuentra dentro del criostato. Las secciones se transfieren a un portaobjetos, que se adhieren por el contraste de temperaturas y se tiñen a medida que se crean. Hematoxilina-eosina y azul de toluideno son algunas tinciones que se pueden usar en secciones de biopsia congeladas. Durante este proceso, en algunos casos se precisa de la utilización de unas pequeñas pesas que sirven para nivelar la muestra en un mismo plano, facilitando así su corte.
Dentro del criostato también se encuentra el microtomo, que se emplea para los cortes micrométricos del tejido. Las secciones se transfieren a un portaobjetos, que se adhieren por el contraste de temperaturas y se tiñen a medida que se crean. Hematoxilina-eosina y azul de toluidina son algunas tinciones que se pueden usar en secciones de biopsia congeladas.

VENTAJAS DE LA BIOPSIA POR CONGELACIÓN

Dado que los cortes congelados permiten un diagnóstico en 15 a 20 minutos, mientras que las preparaciones convencionales lo hacen en 24 a 48 horas, la obtención de resultados rápidos para modificar el comportamiento intraoperatorio es uno de los beneficios de la biopsia congelada.
Otro beneficio es que se conserva más tejido libre de lesiones, lo que conduce a resultados estéticamente más agradables. Finalmente, los recursos médicos se utilizan de manera más eficaz. Dado que algunos tumores son incurables, no serían necesarias resecciones extensas si se congelaran los ganglios linfáticos para visualizar las metástasis.

DESVENTAJAS DE LA BIOPSIA POR CONGELACIÓN
Dadas las limitaciones de la técnica, con frecuencia se requiere que el patólogo haga un diagnóstico preciso en una biopsia congelada, pero esto rara vez es posible. Nunca se debe asumir que la información de una biopsia congelada reemplaza o anula la que se puede ver en las secciones definitivas de hematoxilina-eosina. En primer lugar, el tipo de muestreo (la cantidad de tejido evaluado en una congelación está restringida), en segundo lugar, los artefactos (se pueden formar cristales de hielo durante la congelación o la propia contracción como consecuencia puede restringir la interpretación histológica) y en tercer lugar, la incapacidad de realizar procedimientos adicionales como tinciones inmunohistoquímicas, son factores que limitan el uso de la biopsia congelada.

5 Discusión-Conclusión

La técnica de diagnóstico patológico conocida como biopsia por congelación proporciona una información rápida y esencial al médico. Este conocimiento posibilita la selección de una modalidad de tratamiento quirúrgico o farmacéutico, así como la capacidad de modificar la terapéutica intraoperatoria y, en algunas circunstancias, categorizar una patología como neoplásica o inflamatoria en términos generales. Sin embargo, el procedimiento técnico, el tamaño y el tipo de lesión investigada tienen sus limitaciones por lo que no sustituye ni es superior al estudio definitivo en parafina. Sin embargo, el clínico puede lograr un rendimiento diagnóstico adecuado y una correlación con los cortes definitivos de hasta el 97 por ciento siendo consciente de estas limitaciones.

6 Bibliografía

1. Antonio G, Tobón J, García Valencia J, Fernando L, Restrepo A. Biopsia por congelación [Internet]. Medigraphic.com. 2012 [citado el 17 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2012/myl123-4d.pdf

2. Carlosama-Rosero Y, Gutiérrez NR, Rolón MC, Rosero EA. Biopsia por congelación: recomendaciones en la práctica clínica y dermatológica. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2014 [citado el 17 de junio de 2023];18(2):88–91. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-biopsia-por-congelacion-recomendaciones-practica-S0123901514000110

3. Velasco LAL. Biopsias intraoperatorias en cirugía torácica: indicaciones y manejo de las muestras [Internet]. Mutuaterrassa.com. [citado el 17 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.mutuaterrassa.com/uploads/20220301/6_LAL.pdf

4. Fundacionsigno.com. [citado el 17 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/IT-75-APA-23A_Biopsias_intraoperatorias_150909.pdf

Capítulo 182

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARTA SÁNCHEZ GAMERO

MARIA DESAMPARADOS GARCIA NIETO

SILVIA REINA GOMEZ

CONCHI VILLENA GONZALEZ

JOSEFA MUÑOZ CALLEJA

1 Introducción

La RT-PCR (Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa) es una variante de la PCR (Reacción en cadena de la polimerasa), una técnica de laboratorio ampliamente usada en biología molecular para generar una gran cantidad de copias de ADN mediante amplificación. En esta variación de la PCR, se retrotranscribe una hebra de ARN en ADN complementario mediante el uso de la enzima transcriptasa inversa y posteriormente este ADNc se amplifica mediante una PCR común. La amplificación mediante RT-PCR es una técnica altamente sensible, que puede detectar un número de copias de ARN muy bajo, lo que la hace ideal para detectar ARN viral en muestras biológicas, aunque estas últimas posean cantidades mínimas del virus.

El término RT-PCR no debe confundirse con PCR en tiempo real, ya que en ocasiones, por una mala traducción, se abrevia de la misma manera (RT-PCR). Si bien
RT-PCR y PCR en tiempo real o PCR cuantitativa son dos conceptos diferentes, es importante dejar claro que para el diagnóstico de la COVID-19, la prueba empleada es una RT-PCR en tiempo real, es decir, una retrotranscripción seguida de una PCR cuantitativa), por lo que se hace uso de ambas técnicas en conjunto.
La COVID-19 es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente al aparato respiratorio y es causada por el virus SARS-CoV-2 (coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo). Este virus ha sido el causante de la última pandemia global a la que se ha enfrentado y aún se enfrenta la humanidad, por lo que desde el inicio de la misma, su detección se volvió de absoluta y principal importancia en todos los laboratorios de microbiología clínica de todos los hospitales del mundo. Este virus pertenece a la familia Coronaviridae, a la cual pertenecen otros virus causantes de enfermedades en humanos y otros mamíferos, por lo que en el laboratorio no solo es importante su detección, sino también su diferenciación de otros virus pertenecientes a su misma familia y de otros virus respiratorios causantes de síntomas parecidos, como los distintos tipos de influenzavirus, por ejemplo.
El genoma del virus está formado por una sola cadena de ARN, y se clasifica como un virus ARN monocatenario positivo. Son estas características de su genoma las que nos permiten su detección e identificación mediante RT-PCR. Los genes diana más usados son: El gen E (screening de primera línea), el gen RdRp (estudio de confirmación) y el gen N (estudio adicional de confirmación). En zonas de circulación viral comunitaria, se considera suficiente la positividad para un único gen discriminatorio del SARS-CoV-2 para confirmar el diagnóstico. Estos genes son exclusivos del SARS-CoV-2 y su amplificación no solo nos permite el diagnóstico microbiológico de la COVID-19, sino también proporcionar la certeza de que el paciente ha sido infectado por este virus en concreto y no por cualquier otra clase de virus respiratorio.

2 Objetivos

- Describir y delimitar las funciones del técnico de laboratorio en la realización de una RT-PCR para el diagnóstico del SARS-CoV-2 en el laboratorio de microbiología.
- Detallar el procedimiento a seguir por el técnico de laboratorio para la obtención de resultados precisos y fiables para el diagnóstico de la COVID-19.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo un trabajo de investigación mediante una revisión bibliográfica de la literatura y artículos científicos que abordan el tema de estudio. Se han consultado libros sobre la materia en cuestión y artículos seleccionados de reconocidas agencias y bases de datos, con el fin de contrastar y estructurar la creación este capítulo.

4 Resultados

Si bien se han obtenido resultados positivos de la RT-PCR en infectados, tanto en muestras respiratorias como no respiratorias, el tipo de muestra más habitual es el exudado nasofaríngeo. Estas muestras deben ser obtenidas de los pacientes con sumo cuidado, ya que se trata de material potencialmente infeccioso y que puede dar lugar a contaminación biológica. La extracción de las muestras no es una labor del técnico de laboratorio, sin embargo, una vez que las mismas llegan al laboratorio de microbiología, este igualmente deberá manipularlas con sumo cuidado y comprobar el estado de la mismas para comprobar que no haya tubos abiertos o que contengan sangre, ya que esta también interfiere con los resultados. Estas precauciones no solo son de importancia por el potencial riesgo de infección (Aunque la mayoría de tubos de transporte contienen un agente inactivador del virus), sino también por la posibilidad de contaminar las muestras pertenecientes a otros pacientes, generando así falsos positivos. La realización de esta técnica para el diagnóstico de un solo paciente resulta algo prácticamente anecdótico, debido a los elevados costes de tiempo y recursos necesarios para su realización, por lo que el técnico de laboratorio debe extremar las precauciones al manipular las muestras, tanto en la fase previa de extracción de ARN viral como en la realización de RT-PCR propiamente dicha. Por los motivos anteriormente citados, los tubos con la muestra (Exudado nasofaríngeo) y los tubos con los resultados de la extracción de ARN, siempre deberán abrirse y manipularse dentro de una cabina de flujo laminar de tipo II.

Como se ha dejado entrever en el párrafo anterior, antes de proceder a la realización de la RT-PCR habría que realizar un procedimiento previo de extracción y purificación del ARN viral mediante alguna de las diversas técnicas existentes para tal fin. Esta extracción es necesaria debido a que las muestras provienen directamente del paciente y contienen células, proteínas, ARN y ADN del propio paciente, además del ARN del virus (en el caso de que el paciente esté infectado), que será el molde para la amplificación mediante la RT-PCR. La técnica de ex-

tracción de ARN más usada en los laboratorios de microbiología clínica es la extracción de ARN mediante separación magnética. Si bien, conocer y realizar estas técnicas es competencia del técnico de laboratorio en el laboratorio de microbiología, proceder a su descripción haría de este artículo demasiado extenso y desviaría la atención del tema principal, pero es importante aclarar, que para la realización de todo el proceso que se procederá a describir a continuación, se utilizaran muestras de ARN viral que previamente fue extraído y purificado a partir del exudado nasofaríngeo o en raras veces, otras muestras respiratorias.

Una vez que se ha procedido a la extracción del ARN de las distintas muestras, ya se puede comenzar a preparar la RT-PCR, pero primero es necesario tener en cuenta una serie de consideraciones:

- Todos los reactivos para la realización de la técnica se almacenan o bien refrigerados, o bien congelados, ya que todos, salvo el agua, son lábiles. Estos reactivos se dejarán atemperar o descongelar, minutos antes de proceder al comienzo de la técnica. Los pocillos de reacción se colocarán en una placa que se guarda también en el congelador y conserva el frío mientras estos son rellenados.
- Los pocillos en los que se deposita la mezcla de los reactivos (Master Mix), la enzima transcriptasa inversa y los extractos de ARN purificado, son muy pequeños y están muy próximos entre sí, porque lo que hay que tener extremo cuidado al momento de rellenarlos con la micropipeta, mezclando sin dejar burbujas en ellos y siempre cambiando de punta, para evitar contaminaciones y errores.
- Si existe duda con respecto a alguno de los pocillos es preferible cortarlo y desecharlo, antes que dar lugar a un resultado erróneo. Si no fuera posible eliminarlo, habría que apuntar su posición en la placa, para despreciar el resultado.
- Siempre uno de los pocillos se reservará para el control positivo, que tras la realización de la RT-PCR permitirá saber si la técnica ha sido correctamente realizada, es decir, sin errores en la preparación previa o durante su misma realización.

La presentación en la que se suministran los reactivos necesarios para la RTPCR, puede variar según el kit comercial empleado, pero siempre incluirá unos elementos comunes:

- Agua libre de nucleasas.
- ADN polimerasa termoestable.
- Cebadores o primers para cada gen a amplificar. Permiten que la polimerasa inicie la reacción y delimitan la zona de ADN a amplificar.
- Transcriptasa inversa.
- Buffer de reacción.
- Los cuatro dNTPs, sustrato de la polimerasa.
- Sulfato o cloruro de magnesio.

La ADN polimerasa, los dNTPs, la sal de magnesio y el buffer de amplificación suelen comercializarse juntos en una misma presentación (Master mix). Las cantidades de cada uno de los reactivos y muestra de extracto de ARN a emplear, variarán en función del kit comercial y de la cantidad de muestras a procesar.
Una vez que todos los pocillos que se vayan a usar, hayan sido rellenados con la master mix y los extractos de ARN, se procede a colocarlos con mucho cuidado en el termociclador, evitando movimientos bruscos que puedan generar burbujas.
Lo ideal es haber programado el termociclador con anterioridad, para evitar que el calor degrade tanto las muestras como los reactivos y se produzcan resultados anómalos o no concluyentes. Con los pocillos colocados dentro del aparato y la tapa asegurada, solo queda iniciar la RT-PCR desde el propio aparato o desde el ordenador asociado al mismo, esto puede variar más o menos según el modelo de termociclador, pero suele ser tan sencillo como hacer click en la opción de inicio.
Aquí acaba la labor del técnico en la realización de la RT-PCR (Solo faltaría retirar y desechar los pocillos del aparato, una vez terminada la técnica), ya que el propio aparato se encarga completamente de realizar la técnica de principio a fin y tanto la interpretación como la validación de los resultados, son competencia de los facultativos. Sin embargo, y para finalizar, se procederá a describir brevemente todo el proceso de la RT-PCR, ya que su fundamento y conocimiento, sí son competencias y tienen gran interés para el técnico de laboratorio.
Un termociclador es un instrumento que permite realizar de forma automatizada y secuencial los ciclos de temperaturas necesarios para llevar a cabo la reacción en cadena de la polimerasa. En este caso y a grandes rasgos el proceso que sucede una vez puesto en marcha el termociclador, es el siguiente:

- Para amplificar el material genético es necesario utilizar la enzima ADN polimerasa, sin embargo, esta enzima sólo actúa sobre ADN, mientras que los extractos obtenidos contienen ARN, ya que el genoma del SARS-CoV-2 está compuesto de este ácido nucleico. Ello hace que sea necesario convertir el ARN viral en ADN complementario para la que la ADN polimerasa pueda actuar sobre él, iniciando la reacción. Este proceso de retrotranscripción, se lleva a cabo gracias a la transcriptasa inversa, que añadimos en cada pocillo de reacción, junto con la master mix y la muestra.
- Una vez que la transcriptasa inversa ha creado la cadena de ADN complementaria de ADN al ARN del virus, esta hebra de ADN funciona como el molde, sobre el que la ADN polimerasa puede actuar, mediante varios ciclos con cambios periódicos de temperatura, creando millones de copias y amplificando de esta forma el material genético del virus.
- El virus es detectado mediante tres sondas fluorescentes que se unen específi-

camente a tres genes del mismo, revelándolos de esta forma. Estas sondas están formadas por oligonucleótidos específicos para esas secuencias del genoma del SARS-CoV-2, marcados con un compuesto fluorescente. En la misma reacción se incluyen sondas fluorescentes específicas de las regiones amplificadas. La fluorescencia emitida es detectada en el mismo momento en el que la prueba se está realizando (PCR en tiempo real). Si los tres compuestos fluorescentes emiten fluorescencia al mismo tiempo, el resultado es positivo para la detección de SARSCoV-2, en caso contrario se consideraría negativo. Como la fluorescencia generada revela la presencia de tres secuencias virales simultáneamente, la PCR proporciona un alto grado de fiabilidad, ya que estas secuencias son específicas del SARS-CoV-2 y no de otros coronavirus, lo que evita falsos positivos.
La obtención de los resultados finales, puede tardar más o menos, dependiendo del termociclador y el kit comercial usados.
8843372.

5 Discusión-Conclusión

La RT-PCR es una técnica altamente fiable y sensible, con años de uso en biología molecular, por lo que siempre que no existan errores humanos o factores externos que alteren el proceso o contaminen las muestras, los resultados obtenidos con la misma serán totalmente fiables. A pesar de esto, siempre será necesaria una revisión minuciosa de los resultados antes de su validación y aunque estas no son labores del técnico de laboratorio, nunca está de más que este conozca los fundamentos teóricos en los que se basa la técnica, porque es un primer paso importante para reducir los posibles errores en la realización de la misma.
La RT-PCR es una técnica que posee mucha importancia y relevancia en estos momentos, debido a la actual pandemia global, por lo que su conocimiento por parte del técnico de laboratorio es de gran interés, no solo por la relevancia que el diagnóstico de la COVID-19 ha adquirido en los laboratorios de microbiología, sino también porque se trata de una técnica costosa, pesada, relativamente compleja y que conlleva un tiempo considerable. Por todos estos motivos anteriores es necesario conocer los principios en los que se basa y las consideraciones básicas que hay que tener en cuenta antes de su realización. De esta manera se reducirán los posibles errores y se aumentará la eficacia.

6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sars-cov-2/.

2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7671642/.
3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7984870/.
4. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33776411/.
5. https://www.csic.es/es/actualidad-del-csic/asi-funciona-la-prueba-pcr-lainstantanea-diagnostica-del-coronavirus.
6. https://www.institutoroche.es/recursos.
7. https://www.roche-as.es/lm_pdf/MDx_61-0118-96_Corona_229E_RV_V160313_07730519001.pdf.
8. Biología molecular y citogenética. VV.AA. Altamar Editorial - 978841

Capítulo 183

EL TECNICO DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DEL SISTEMA COMPLEMENTO DEL CONJUNTO DE MOLECULAS PLASMICAS

MARTA SÁNCHEZ GAMERO

MARIA DESAMPARADOS GARCIA NIETO

SILVIA REINA GOMEZ

CONCHI VILLENA GONZALEZ

JOSEFA MUÑOZ CALLEJA

1 Introducción

Un conjunto de moléculas de plasma conocido como sistema del complemento, parte del sistema inmunitario, tiene la capacidad de mejorar las respuestas inflamatorias, la lisis celular, la fagocitosis y la quimiotaxis polimorfonuclear.
Hay tres vías para la activación, y todas son secuenciales.
1. La vía clásica se activa cuando los anticuerpos se unen a la superficie del patógeno (formación del complejo Antígeno-Anticuerpo), y solo las inmunoglobulinas igM e IgG 1, 2 y 3 pueden hacerlo.
2. Se activa una vía diferente antes de la vía clásica simplemente porque el antígeno se encuentra en la superficie de muchos microorganismos.

3. La vía de la lectina es activada por moléculas en la superficie del patógeno a través de una MBL (lectina de unión a manosa) o MBP.
(manosa de unión a proteínas).
Para eliminar microorganismos, neutralizar virus y desencadenar una respuesta inflamatoria, las tres vías se combinan para formar C3, que, una vez activada, avanza en una progresión terminal de activación común.
La letra C y un número se utilizan para identificar las partes del complemento, como en C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8 y C9. La mayoría de ellos son proenzimas que necesitan ser escindidas por proteasas para activarse. Una barra horizontal superior sobre el componente en cuestión indica el formulario activo y se muestra una i delante del componente para indicar el formulario activado.
El componente C2 es la excepción; cuando un componente se divide en dos fragmentos por proteólisis, el fragmento más grande se conoce como C3b y el fragmento más pequeño como C3a.
El fragmento más grande es C2a y el más pequeño es C2b.
Los elementos de la vía alternativa se denominan con frecuencia factores (factor B, factor D, factor H y factor P).

2 Objetivos

Conocer el tratamiento de las muestras y técnicas para el estudio de la actividad del sistema complemento en el laboratorio.

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 componentes del complemento se pueden medir mediante técnicas para la determinación de proteínas, el complemento se puede detectar como un antígeno lo que no quiere decir que sea funcionalmente activo, se expresará como la concentración de la proteína estudiada.

Otra forma de medir los componentes del complemento es cuantificando su actividad biológica (basada en la capacidad que tiene el suero para lisar los hematíes recubiertos de anticuerpos).
La muestra utilizada para el estudio del complemento es suero sanguíneo.
Debido a la inestabilidad de algunos factores del complemento se debe considerar el almacenamiento de la muestra que va a depender de la técnica que se utilice pero como norma general se realizará como se explica en los siguientes puntos:
- En cuanto sea posible se separará el suero del coágulo.
- Si la muestra se va a procesar antes de 6 horas desde la extracción, se dejará a temperatura ambiente.
- Si se va a realizar una determinación no funcional, se almacenará en nevera durante 24 horas a 4º C.
- Las muestras en las que se quiera estudiar la actividad del complemento y no se procesen antes de tres o seis horas el suero debe almacenarse a -70º C.
- Cuando la técnica precise diluciones deben realizarse con solución salina fría 4º C.
-Otro factor a tener en cuenta, es la reconstitución del suero control, se debe realizar con agua destilada a 4 ºC.
Técnicas de estudio:
Para medir la actividad de las principales proteínas del sistema complemento se puede realizar con ensayos hemolíticos totales CH100 o CH50 que miden la actividad hemolítica del complemento que se han activado por la vía clásica (no detecta pequeños defectos)
CH100 (técnica de inmunodifusión radial)
El suero problema produce una inmunodifusión sobre una placa de agarosa que contiene hematíes sensibilizados, el complemento difunde por la placa y cuando reacciona con los hematíes se produce la hemólisis.
Se puede realizar una inmunodifusión en frío a 4º C y después incubar a 37º C 30 o 60 minutos o hacer la difusión y la hemolisis al mismo tiempo e incubar las placas a 37ºC durante 6 horas, transcurrido el tiempo necesario se lee el diámetro del halo de hemólisis y se equipara con una curva de calibración realizada con diámetros estándares de concentraciones de complemento conocidas.
CH50.
La unidad de medida CH50 se define como el inverso de la dilución más alta (cantidad de suero necesario) para lisar el 50% de hematíes sensibilizados en condiciones estandarizadas.
La prueba detecta la hemólisis de hematíes de carnero mediada con los anticuerpos específicos de conejo en presencia del complemento tras la incubación a 37º

c durante una hora.
La hemólisis se mide por espectrofotometría (mide la hemoglobina liberada a 541nm) describiendo una curva sigmoide cuya zona central es prácticamente lineal por lo que se simboliza como CH50, en esta zona la relación de cantidad efectiva de complemento – hemolisis es más sensible a cambios mínimos.
Es una prueba de baja sensibilidad y de difícil estandarización por lo que cada laboratorio debe definir sus valores y adaptarlos a sus condiciones de trabajo.
El estudio del C3y C4 se realiza con el mismo fundamento que cualquier antígeno, inmunodifusión radial y nefelometría que mide la dispersión de la radiación que atraviesa la muestra o por turbidimetría midiendo la disminución de la intensidad del haz de luz incidente al atravesar una suspensión de partículas capaz de dispersar el haz.
Los factores como por ejemplo la properdina que se activa en la vía alternativa es un factor regulatorio positivo que se une a la superficie microbiana y estabiliza la C3, se determina por nefelometría, el inhibidor de la C1 que bloquea la ruta clásica se determina por inmunodifusión radial.

5 Discusión-Conclusión

Para poder interpretar los resultados obtenidos del complemento en el laboratorio se tendrá en cuenta el aumento y la disminución de su actividad.
Se produce un aumento en enfermedades inflamatorias e infecciosas como reumatismo poliarticular, artritis reumatoide, infarto agudo de miocardio fiebre tifoidea, etc.
La disminución de la actividad puede darse por varias causas (consumo, disminución de síntesis, aumento del catabolismo, presencia de inhibidores).
La reducción de C3 tiene valores bajos de CH50.
Cuando hay un déficit de vía clásica existe disminución de C1, C2, C3 y C4 que ocurre por ejemplo en la enfermedad del suero, crioglobulemias mixtas, lupus eritematoso sistémico.
En la vía alternativa desciende el factor B y C3 que ocurre especialmente en las septicemias por gérmenes gramnegativos y en glomerulonefritis membranoproliferativas.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/actividad-hemolitica-complemento-ch50/#google_vignette.

2. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USMP_
bb54f999503b782ff1a305385ce83894.
3. https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/analisis-
delcomplemento/.
4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-
69952016000600489.
5. Técnicas de Inmunodiagnóstico (CFGS LABORATORIO CLÍNICO Y
BIOMÉDICO) por A. Gómez M. C. Cuellar.

Capítulo 184

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL BANCO DE SANGRE. DETERMINACIÓN DE COOMBS DIRECTO Y TITULACIÓN

MARTA SÁNCHEZ GAMERO

MARIA DESAMPARADOS GARCIA NIETO

SILVIA REINA GOMEZ

CONCHI VILLENA GONZALEZ

JOSEFA MUÑOZ CALLEJA

1 Introducción

La prueba del Coombs Directo (CD) o prueba de la antiglobulina directa se utiliza para detectar anticuerpos unidos a los antígenos de los hematíes; esta reacción antígeno-anticuerpo puede darse por varios motivos:

- Enfermedades autoinmunes: en las que el cuerpo crea anticuerpos contra sus propios antígenos, provocando anemias.
-Anemias inducidas por fármacos: en algunas ocasiones, pueden hacer que los anticuerpos ataquen a los antígenos.
-Incompatibilidades materno-fetales: en las que el neonato puede tener antígenos del padre que no tenga la madre, y esta produzca anticuerpos contra sus antígenos.

-Por transfusiones sanguíneas: cuanto más se haya transfundido al paciente, más riesgo hay de desarrollar anticuerpos, y se realiza el CD para detectar si ya están adheridos a los hematíes.
La realización del Coombs Directo es esencial para el diagnóstico de la anemia hemolítica autoinmune (AHAI), ya que permite:
- Demostrar la cobertura "in vivo" de los glóbulos rojos con globulinas IgG y C3d.
- Caracterizar la subclase de inmunoglobulina y determinar la fijación del complemento.
La anemia hemolítica autoinmune es un tipo de anemia hemolítica adquirida de baja incidencia, producida por anticuerpos que reaccionan contra los propios eritrocitos del paciente conduciendo a su destrucción (2).
El Coombs Directo también es esencial para determinar si hay presencia de anticuerpos IgG, que provienen del suero materno, unidos a la superficie de los eritrocitos del bebé; esto se realiza a todos los recién nacidos para descartar una enfermedad hemolítica del recién nacido (EHRN).

2 Objetivos

- Explicar una de las técnicas de inmunohematología que desarrolla el técnico de laboratorio en el banco de sangre para el estudio de pacientes con enfermedades hemolíticas o que necesitan una transfusión.
- Dar a conocer parte del trabajo del técnico de laboratorio en el banco de sangre.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación, procedemos a explicar los materiales necesarios para realizar un Coombs Directo y la titulación, en caso de salir positivo el CD, y los pasos para realizar dichas técnicas.
Materiales:

- Hematíes del paciente de una muestra anticoagulada con EDTA
- Reactivo Antiglobulina Humana poliespecifica (IgG + C3d)
- Suero salino
- Tubos de ensayo
- Pipetas
- Centrífuga
- Gradilla

Técnica:

1. Lavar 2-3 gotas de hematíes 3 veces con suero salino en un tubo.
2. Eliminar el sobrenadante.
3. Hacer una dilución al 5% con suero salino.
4. Depositar una gota de la dilución en un tubo.
5. Añadir dos gotas del reactivo antiglobulina poliespecífica IgG+C3d y mezclar.
6. Centrifugar durante 30 segundos a 3000 rpm y observar resultados.
7. Si no se produce aglutinación, incubar el tubo 5 minutos a temperatura ambiente.
8. Centrifugar y observar resultados de nuevo.
9. Si se observa aglutinación en cualquiera de las dos centrifugaciones, se da por positivo y se realiza el mismo procedimiento con los reactivos monoespecíficos (IgG, C3d, IgM e IgA).

Una vez obtenidos los resultados, en caso de salir positivo, se procede a realizar una titulación con el reactivo que corresponda. Esta técnica se realiza preparando diluciones seriadas con el reactivo para determinar la concentración de inmunoglobulinas fijadas a los hematíes de un modo aproximado.

Materiales:

- Hematíes del paciente de una muestra con EDTA.
- Reactivo que corresponda, poliespecífico o uno de los monoespecíficos.
- Suero salino
- Tubos de ensayo
- Pipetas
- Centrífuga
- Gradilla

Técnica:

1. Lavar 2-3 gotas de hematíes 3 veces con suero salino.
2. Desechar el sobrenadante y hacer una dilución al 5% con suero salino.
3. Colocar en una gradilla varios tubos y rotular cada uno para la dilución (1/1, 1/2, 1/4, 1/8, 1/16, 1/32, 1/64… hasta 1/256 como mínimo).
4. Añadir al tubo 1/1 y 1/2 100ul del reactivo.

5. Añadir 100ul de suero salino en todos los tubos menos en el 1/1.
6. Pasar 100ul desde el tubo 1/2 al siguiente y mezclar, e ir pasando de uno a otro la misma cantidad para hacer la dilución del reactivo.
7. Retirar los 100ul sobrantes del último tubo y guardarlos pos si hiciera falta continuar con la titulación.
8. Añadir una gota de la dilución inicial de hematíes lavados a cada uno de los tubos.
9. Incubar 5 minutos a temperatura ambiente.
10. Centrifugar durante 30 segundos a 3000 rpm y observar los resultados en orden para ver hasta qué número sigue observándose la aglutinación.
Si se sigue observando aglutinación en el último tubo, no se habrá terminado el procedimiento, por lo que hay que seguir con las diluciones a partir de los 100ul sobrantes que se guardaron del último tubo, hasta llegar a un resultado negativo y anotar hasta donde aparece positividad.

5 Discusión-Conclusión

El Coombs Directo es una prueba muy importante que se realiza a diario por los técnicos de laboratorio en el banco de sangre, y es imprescindible para diagnosticar o descartar varias patologías y para completar un estudio del paciente que necesite una transfusión.
- Es positivo cuando se produce aglutinación después de la centrifugación, tanto inmediata como tras la incubación a temperatura ambiente. La intensidad de la positividad puede medirse realizando una titulación.
- Es negativo cuando no se produce aglutinación tras la centrifugación ni la incubación, aunque no siempre significa que los glóbulos rojos no tienen IgG fijadas, ya que algunos pacientes podrían tener AHAI con valores bajos.
La titulación del CD, al ser un resultado semicuantitativo que depende del factor humano, debe realizarse y observarse con mucho cuidado, respetando los tiempos, las temperaturas y la potencia y tiempo de centrifugación, por ello, ante cualquier duda, debe repetirse la prueba desde el principio y observar con detenimiento la forma en la que rompe el "botón" de hematíes.

6 Bibliografía

1. Manual Técnico AABB. 2001. 13ªEdición
2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000400017

3. Técnicas de Inmunohematología de la Serie Roja. C Martin de la Vega et al. Segunda Edición.
4. https://www.labtestsonline.es/tests/prueba-de-antiglobulina-directa

Capítulo 185

LA RADIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE ÚTERO

ESTHER COZAR NAVARRO

1 Introducción

El útero forma parte del aparato reproductor femenino. Tiene forma de pera invertida, es hueco y se encuentra entre la vejiga y el recto. En el útero es donde se forma y crece el feto durante el embarazo. Está formado por dos partes: el cérvix o cuello del útero que se encuentra dentro de la vagina; y el cuerpo del útero que a cada lado se comunica con las trompas de Falopio, a través de las cuales, se conectan los ovarios con el fundus (parte superior del útero). La pared del cuerpo uterino está formada por tres capas: el endometrio, el miometrio y la serosa.

El tumor ginecológico más frecuente es el que se forma en el endometrio y en el 90% de los casos son adenocarcinomas. La edad más frecuente a la que se diagnostica es entre los 50 y 70 años, y el 75% de los casos se presenta en la etapa posmenopáusica. Se suele diagnosticar en estadios tempranos, por lo que en la mayoría de los casos suele ser local, pudiendo haber afectación locorregional ganglionar, es poco frecuente que haya metástasis a distancia.

Los factores de riesgo del cáncer de endometrio pueden ser:
-Edad.
-Diabetes.
-Antecedentes familiares.
-Irradiación pélvica.
-Hipertensión arterial.

-Hiperplasia de endometrio: es una enfermedad benigna que puede evolucionar a cáncer si no se administra el tratamiento adecuado.
-Exposición estrogénica permanente: obesidad, anticonceptivos, nuliparidad, menarquía precoz, etc.

Los síntomas más frecuentes del cáncer de endometrio son: hemorragia o sangrado vaginal anormal, dolor pélvico, síntomas urinarios y rectales, pérdida de peso y dolor durante las relaciones sexuales. Las pruebas diagnósticas más comunes son pruebas de imagen, un examen pélvico y la biopsia.

2 Objetivos

-Saber los diferentes tratamientos que se utilizan en el cáncer de útero.
-Explicar en que consiste la radioterapia y qué papel tiene en este tipo de tumor.
-Conocer la incidencia, factores de riesgo y efectos secundarios en el cáncer de útero.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se suele diagnosticar en estadios tempranos, la mejor opción es la cirugía radical. La cirugía más utilizada es la histerectomía con doble anexectomía que consiste en la extirpación del útero, el cérvix y los ovarios. También se realiza la linfadenectomía pélvica y paraaórtica que se extirpan los ganglios cercanos al útero para ver si están afectados. En algunos casos, se puede realizar una histerectomía parcial en la que se extirpa el cuerpo del útero y se deja el cérvix.

Otro tratamiento es el tratamiento sistémico con quimioterapia que suele utilizarse junto con otros tratamientos o con tratamiento hormonal. Se suele administrar en tumores más avanzados o cuando reaparece invadiendo otros órganos.

La radioterapia es otro tipo de tratamiento, que puede administrarse como tratamiento único al no poderse realizar cirugía o como radioterapia adyuvante tras la cirugía si hay riesgo de recidiva.
La radioterapia puede ser externa o interna. Se usara una u otra según el estadio en el que se encuentre el tumor, así como, su localización y el riesgo de recidiva. Generalmente se recomendará la braquiterapia o radioterapia interna que podrá ir con o sin radioterapia externa. La braquiterapia se va a utilizar en dos situaciones:

• En el cáncer de endometrio inoperable: Se realiza braquiterapia exclusiva si la enfermedad está localizada en el útero, superficial y tiene bajo grado histológico. Si el tumor ha invadido una zona más profunda, hay afectación extrauterina o es de alto grado se recomienda utilizar primero radioterapia externa y, posteriormente, un tratamiento complementario con braquiterapia.

• Como tratamiento adyuvante tras la cirugía: Según lo avanzado que esté el tumor se realizará solo braquiterapia, o esta, acompañada de radioterapia externa.

La braquiterapia se realiza con anestesia y hay varios esquemas de tratamiento. Se suelen dar varias sesiones, y la paciente puede irse a casa al finalizar cada sesión. Lo primero, es anestesiar a la paciente y en el quirófano se colocan los aplicadores y se le realiza un Tac para comprobar que los aplicadores están situados donde queremos dar el tratamiento.

Una vez realizado el Tac, se planificará el tratamiento y se dará el tratamiento. Los aplicadores se conectan a unos cables que se unen al equipo en el que se encuentra la fuente, a través de estos cables pasa la fuente hasta los aplicadores y se irradia a la paciente en el sitio específico con una alta dosis en el tumor en una sola sesión, afectando muy poco a los órganos adyacentes.

5 Discusión-Conclusión

En radioterapia externa, se le realizará un Tac de simulación para, luego, reproducir todos los días esa posición en la unidad de tratamiento. La paciente, en este caso, se puede colocar de dos formas:

• En decúbito supino (boca arriba), con un inmovilizador en las rodillas y los pies y los brazos cruzados en el pecho.
• En decúbito prono (boca abajo), en un inmovilizador llamado “belly board”, en el que el paciente se tumba boca abajo sobre este con la barriga en un hueco que

hay en el inmovilizador. Con esto se consigue desplazar los intestinos y dejarlos fuera de la irradiación y así, disminuir los efectos secundarios.

Al finalizar el Tac, se le tatuará a la paciente unos puntos o tatuajes en el sitio donde la hemos colocado, para ir todos los días de tratamiento a esos puntos que serán el isocentro del tratamiento. Para el cáncer de endometrio, tanto para el día del Tac como para todos los días del tratamiento, la paciente tiene que llevar la vejiga llena y el recto vacío para que no se metan en la zona de tratamiento.

Se pueden producir efectos secundarios que pueden ser de dos tipos: o Toxicidad aguda: Se incrementa cuando se administra en combinación braquiterapia y radioterapia externa. Las más frecuentes suelen ser diarrea, urgencia y frecuencia urinaria y dolor abdominal. o Toxicidad crónica: Suelen ser diarrea crónica, proctitis, estenosis vaginal, obstrucción del intestino delgado y fractura ósea.

6 Bibliografía

1- https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-utero?utm_source=Google&utm_medium=SearchGrants&utm_content=TextLink&utm_campaign=SEMAlwaysOn&gclid=CjwKCAjwge2iBhBBEiwAfXDBR1qDEMNLMyHyCjiCArKfoJO-J8r47oeOh1DgjXDgt-5vnjrzaIRyRhoCZLgQAvD_BwE
2- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cervical-cancer/symptoms-causes/syc-20352501
3- https://medlineplus.gov/spanish/uterinecancer.html
4- https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-%C3%BAtero/introducci%C3%B3n
5- https://www.cancer.gov/espanol/tipos/uterino/paciente/tratamiento-endometrio-pdq

Capítulo 186

EL CÁNCER DE MAMA EN RADIOTERAPIA

ESTHER COZAR NAVARRO

1 Introducción

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer y es la primera causa de muerte en la mujer por cáncer. La edad de máxima incidencia es superior a los 50 años, siendo la media de edad entre los 60 y los 70 años. Puede presentarse tanto en hombres como en mujeres, aunque en el sexo masculino solo representa un 1%.

Las mamas son unas glándulas de estructura cónica bilateral localizadas en la parte anterior del tórax. Está formada por lóbulos y conductos, y está constituida por tejido conjuntivo y tejido graso. La mama se divide en cuatro cuadrantes para así poder localizar más fácilmente cualquier lesión que pueda aparecer: superior externo, superior interno, inferior externo e inferior interno. El cuadrante más frecuente en la aparición de cáncer de mama es el cuadrante superior externo. El 90% de las masas mamarias son carcinomas y entre ellos, los más frecuentes son:

• El carcinoma ductal (CD): Es el más frecuente de todos, y se produce en los conductos encargados de transportar la leche.
• El carcinoma lobulillar (CL): Se forma en los lóbulos encargados de producir la leche.

Al principio, el cáncer de mama no suele causar síntomas, por ello, es tan importante realizar pruebas de detección como las mamografías periódicas, biopsias

y/o exploraciones manuales, tanto por el médico como por la propia persona, para su detección precoz.

Cuando el cáncer está más avanzado, los síntomas pueden ser: la aparición de un nódulo en la mama o en la axila, dolor a la palpación, cambios en alguna de las mamas o en el pezón, alteraciones en la piel, contorno irregular, cansancio o dolor óseo, etc.

Los factores de riesgo del cáncer de mama son, entre otros:
-Edad avanzada.
-Raza: Más frecuente en la raza blanca.
-Antecedentes familiares con cáncer de mama.
-Menarquía precoz: Menstruar antes de los 12 años.
-Primer parto después de los 30 años o la ausencia de embarazos.
-Menopausia tardía.
-Mutaciones de los genes BRCA 1 y BRCA 2.
-Beber alcohol.
-Obesidad.

2 Objetivos

- Dar a conocer el tratamiento de radioterapia del cáncer de mama, así como, otros tratamientos, su incidencia, los síntomas más frecuentes, los factores de riesgo, los efectos adversos y sus posibles complicaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los tratamientos utilizados más frecuentemente en el cáncer de mama son:

1. Cirugía: Puede ser, conservadora, que se extirpa el tumor, pero no la mama; radical en la que se extirpa toda la mama en la que se encuentra el tumor; linfadenectomía axilar en la que se extirpan algunos de los ganglios axilares para ser analizados, ya que es frecuente que el cáncer de mama se extienda hacia estos ganglios, una opción alternativa a esta, es hacer la biopsia del ganglio centinela, que es el primer ganglio donde se puede diseminar el tumor.

2. Tratamiento sistémico: Incluye la quimioterapia, la hormonoterapia y las terapias dirigidas. Puede administrarse de tres formas:
-Adyuvante (después de la cirugía): Cuando no hay enfermedad después de la cirugía, pero existe riesgo de diseminación.
-Neoadyuvante (antes de la cirugía): Se usa en tumores localmente avanzados que no son operables para disminuir su tamaño y así poder hacer posteriormente la cirugía, o también, para pacientes que deseen una cirugía conservadora y de entrada no son operables.
-Como tratamiento paliativo: Para el control de los síntomas cuando hay metástasis.

3. Radioterapia: Suele formar parte del tratamiento en todas las fases de la enfermedad y la reciben más de un 90%. Se puede administrar de dos formas:
-Adyuvante: Después de la cirugía para eliminar las posibles células tumorales que hayan podido quedar. A veces, es necesario, además de irradiar toda la mama, administra una dosis extra (sobreimpresión o boost) en la zona que estaba el tumor. Si los ganglios linfáticos están afectados, se irradiarán también las cadenas ganglionares.
-Como tratamiento paliativo.

Para la Radioterapia externa del cáncer de mama se utilizan aceleradores lineales, que utilizan haces de alta energía para matar a las células cancerígenas, evitando lo mayor posible las células sanas y los órganos de riesgo de alrededor.
Como cualquier tratamiento de Radioterapia, la preparación comienza en el Servicio de Oncología Radioterápica, en el que se le realiza un Tac de simulación posicionando al paciente en decúbito supino sobre el inmovilizador llamado plano inclinado (utilizado para disminuir el volumen del pulmón incluido en el campo de irradiación), con los brazos hacia arriba y la cabeza girada si se van a tratar los ganglios linfáticos. Esta posición es la que tendrá el paciente durante todos los días de tratamiento, por lo que hay que asegurarse que esté lo más cómodo posible para que sea fácilmente reproducible.

Al terminar de hacer el TAC procedemos a hacer unos tatuajes en la piel del

paciente donde lo hemos alineado para así, poder centrarlo fácilmente todos los días en el mismo sitio durante todas las sesiones de tratamiento.

Posteriormente, el médico localizará el volumen tumoral y establecerá los órganos de riesgo. La dosis por fracción y el número de sesiones lo decidirá el médico, teniendo en cuenta, el tipo de tumor que es, el estadio en el que se encuentra y el estado general y edad del paciente. Normalmente, el tratamiento de radioterapia suelen ser 5 días a la semana. El médico seguirá la evolución del paciente tanto durante el tratamiento, como al finalizarlo para ver su evolución y los posibles efectos adversos.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama ha ido aumentando en los últimos años, pero gracias a los programas de detección precoz tiene un buen porcentaje de incidencia de supervivencia, aunque aun así, sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres.

El tratamiento con radioterapia es muy útil pero puede producir efectos adversos, que suelen aparecer a las pocas semanas de empezar el tratamiento y, algunos, después de terminar el mismo. Suelen ser temporales, y mejorar con el tiempo, al finalizar el tratamiento o con antibióticos. Pueden ser efectos secundarios agudos y crónicos.

6 Bibliografía

1- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/breast-cancer/symptoms-causes/syc-20352470
2- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000913.htm
3- https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/s%C3%ADntomas-y-signos
4- https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000300354
5- https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/salud-femenina/trastornos-mamarios/c%C3%A1ncer-de-mama

Capítulo 187

PROTOCOLO DEL BLANQUEAMIENTO DENTAL INTERNO

OLGA MUÑIZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El blanqueamiento dental interno es un tratamiento dental realizado en piezas dentales con endodonciadas.

Las piezas dentales con endodoncia son piezas a las que se ha eliminado la pulpa dental y, por lo tanto, están necrosadas o desvitalizadas. Esto puede producir cambios de coloración o discromías, normalmente con el oscurecimiento de la pieza, volviéndose de un color gris oscuro o claro. Debido entre otras cosas a la hemorragia pulpar que produce una filtración de la sangre a los túbulos dentarios, a los metabolitos bacterianos, a la combinación de medicamentos como tetraciclinas, al tipo de material de obturación de la endodoncia o a la combinación de irrigaciones de clorhexidina e hipoclorito sódico y en las que un blanqueamiento dental convencional realizado sobre la superficie externa del diente no es efectivo. Por lo que debe hacerse un blanqueamiento desde el interior del diente aplicando un agente blanqueador sobre la dentina de la cámara pulpar, la cual, es sellada de forma provisional, dejando que el producto actúe un determinado tiempo hasta conseguir el color o tono deseado.

El blanqueamiento interno es un tratamiento efectivo, pero su efecto puede estar limitado en el tiempo, habiendo una ligera regresión a la tonalidad inicial pasados unos años en aproximadamente el 50% de los casos.

2 Objetivos

Descripción y análisis de los pasos a seguir para realizar de forma correcta un tratamiento de blanqueamiento dental interno en clínica.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en diferentes artículos académicos sobre la técnica de blanqueamiento dental interno para llevar a cabo una revisión bibliográfica utilizando bases de datos como PubMed, Medline y Scopus, así como buscadores académicos como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los pasos a seguir para llevar a cabo un tratamiento de blanqueamiento dental interno pasan en primer lugar por confirmar el buen estado de la pieza a blanquear realizando una radiografía de la misma y valorando posibles fisuras, caries, estado periodontal, reabsorción radicular, foco periapical o cualquier síntoma que haga incompatible el tratamiento.
Una vez confirmado el buen estado de la pieza se realizarán fotografías y se registrará el color de la pieza y piezas adyacentes.
Se procederá a la apertura de la cavidad pulpar eliminando el material de obturación y desinfectando la zona para que el diente quede completamente limpio.
Un paso muy importante es generar una barrera biológica o tapón del conducto radicular para que el agente blanqueador no se extienda a los túbulos dentinario y de ahí pase al espacio periodontal o conducto radicular, ya que el material de obturación endodóntico no frena la filtración del agente blanqueador, está filtración podría generar un ambiente ácido que estimularía una reabsorción ósea dando lugar con el tiempo a una reabsorción cervical externa.
Para colocar dicha barrera se reduce con una fresa entre 1 o 2 mm la obturación endodóntica por debajo del límite amelocementario y se coloca el material de barrera con un grosor aproximado de 2 mm.
Los materiales utilizados para conformar la barrera son ionómero de vidrio que es el más utilizado, óxido de zinc-eugenol, resina compuesta y MTA.
Los agentes blanqueadores utilizados son peróxido de carbamida, perborato de sodio y peróxido de hidrógeno, siendo este principio activo de todos los agentes blanqueantes.

El agente blanqueador utilizado se introduce en la cámara pulpar y se sella de forma provisional, se revisa entre 3-7 días valorando si el resultado es el deseado, si no es así, se repite la aplicación del agente blanqueante y se revisa de nuevo en unos días, Si el tono es el deseado, se limpia la cámara pulpar con hipoclorito de sodio para neutralizar el efecto del peróxido y se procede a su obturación de forma definitiva.
Una vez finalizado el tratamiento debe controlarse periódicamente la evolución de la pieza aproximadamente cada 6 meses o en función del paciente y del caso, observando posibles alteraciones en el tono y realizando radiografías de control.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de blanqueamiento dental interno es un tratamiento que permite mejorar la estética de dientes desvitalizados logrando un tono o color semejante al de dientes adyacentes. Es un tratamiento con altas tasas de éxito, aunque sus resultados pueden verse mermados por el paso del tiempo.
Por otra parte, no es un tratamiento exento de riesgos o complicaciones, entre las posibles complicaciones tras llevar a cabo un tratamiento de blanqueamiento dental interno son la disminución de la resistencia adhesiva a la estructura dental, la reabsorción cervical radicular o la fisura de la pieza por lo que es recomendable hacerse controles periódicos.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org.
2. https://portalguiasalud.es/.

Capítulo 188

REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR)

SILVIA MENENDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Descifrar la estructura del ADN (ácido desoxirribonucleico) fue uno de los descubrimientos históricos más importantes que marcó el comienzo de una nueva era en el estudio y la comprensión de los ácidos nucleicos. Desde entonces, numerosas organizaciones han expresado un fuerte interés en crear técnicas sensibles y repetibles que les permitan estandarizar protocolos experimentales para estudiar los ácidos nucleicos.

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que revolucionó la biología molecular y la forma en que se estudiaban los ácidos nucleicos en ese momento, es probablemente la más significativa de estas tecnologías emergentes cuyos protocolos están destinados al estudio del ADN.

Ahora sabemos que el propósito de la PCR es copiar una secuencia de ADN objetivo específica millones de veces a través de una fuerte catálisis llevada a cabo por una enzima conocida como ADN polimerasa, lo que permite la síntesis y la copia precisa de pequeñas cantidades de ADN para su análisis.
Este método ha tenido un éxito notable al enfrentar los últimos desafíos de investigación y mejorar nuestra comprensión de cómo los genes afectan las condiciones fisiológicas y patológicas.

Hoy en día, la PCR se utiliza en numerosos campos médicos y biológicos, lo que contribuye a la investigación de numerosos laboratorios. Se utiliza princi-

palmente para la expresión génica, la cuantificación, la detección de patógenos y el análisis de mutaciones. En esta revisión se describe el procedimiento de la PCR tradicional, también conocida como punto final.

2 Objetivos

Describir el proceso de la reacción en cadena de la polimerasa o PCR.
Detallar los componentes necesarios para llevar a cabo una PCR.

3 Metodología

Este artículo se realizó mediante la búsqueda de artículos electrónicos científicos especializados realizados por laboratorios de biotecnología, así como de sitios web oficiales. Se utilizaron páginas como Scielo. Se realizó la búsqueda por medio de las palabras ”PCR”, ”reacción en cadena de la polimerasa”, ”amplificación de ADN”.

4 Resultados

La reacción en cadena de la polimerasa es un proceso enzimático in vitro que copia fielmente una secuencia de ADN objetivo durante varios ciclos repetidos, amplificando de esta forma una particular secuencia de ADN millones de veces. Esta técnica típica en biología molecular es altamente específica, rápida, sensible y versátil para detectar ínfimas cantidades de un cierto ADN específico, posibilitando su fácil identificación.

Ciertos elementos son imprescindibles para llevar a cabo esta reacción, estos son:
- ADN: a partir del cual queremos obtener una copia de un fragmento, es decir, el ADN que queremos amplificar conocido como ADN molde.
- La enzima: capaz de generar una copia de ADN a partir del ADN molde (una ADN polimerasa). La reacción se lleva a cabo en un tampón apropiado para el funcionamiento de la enzima polimerasa. Además, como cofactores de la polimerasa se añaden cationes divalentes, generalmente en forma de cloruro de magnesio ($MgCl_2$).
- Los cebadores o primers: estos son el componente más sensible que determina el éxito de un ensayo de PCR. Su longitud suele estar entre 18 y 30 nucleótidos, y su contenido en G+C entre 40-75%. La concentración a la que suelen emplearse

en una PCR está en el intervalo de 0.1-0.5 μM. Los iniciadores normalmente se diseñan para ser exactamente complementarios al molde de ADN.
- Los desoxirribonucleótidos trifosfatados: dNTPs; adenina, timina, citosina y guanina
- Una solución amortiguadora o buffer y H2O: el agua se usa como solvente del resto de los ingredientes y se requiere al menos destilada.

Todos ellos interactúan en tres etapas destacables de las que se compone la PCR: desnaturalización, hibridación y extensión.
A continuación se describen dichas etapas:
DESNATURALIZACIÓN: primero se desnaturaliza el ADN (se separan sus dos hebras). La muestra se puede calentar entre 94 y 95 ℃ para este paso, que es el método más común. Por ejemplo, la cantidad de guanina y citosina que contiene la cadena, así como su longitud, determinan la temperatura a la que se va a realizar la desnaturalización. Otras técnicas para la técnica de PCR incluyen la adición de sales o productos químicos desnaturalizantes.

HIBRIDACIÓN: a continuación, el cebador se unirá a su secuencia complementaria en el ADN molde. Esto solo se puede lograr bajando la temperatura entre 40 y 68 ℃ durante 20 a 40 segundos (dependiendo de la situación). Solo cuando la secuencia del cebador se parece mucho a la secuencia de ADN molde, se forman enlaces de hidrógeno estables entre las hebras de ADN (unión ADN-ADN). La polimerasa une el cebador y la hebra molde, que luego comienza a sintetizar el ADN. La región amplificada de la molécula tendrá límites gracias a los cebadores.

EXTENSIÓN: La polimerasa comienza a trabajar en este punto, utilizando la plantilla de ADN para crear la hebra complementaria mientras comienza con el cebador, que sirve como soporte inicial requerido para la creación de nuevo ADN. Los dNTP complementarios son agregados por la polimerasa en la dirección 5'-3', uniendo el grupo 5'-fosfato de los dNTP con el grupo 3'-hidroxilo al final de la cadena de ADN en crecimiento (que se extiende), para crear una nueva cadena de ADN que es complementaria a la cadena molde. Dependiendo del ADN polimerasa que utilicemos, la temperatura de este paso varía. La actividad máxima de la polimerasa Taq ocurre entre 75 y 80 ℃ (típicamente 72 ℃). La polimerasa de ADN en uso y la longitud del fragmento de ADN que necesita amplificarse afectan el tiempo de extensión. Como regla general, la ADN polimerasa polimerizará mil bases en un minuto a su temperatura óptima.

La extensión final se lleva a cabo a una temperatura de 70-74 ℃ durante 5-15

minutos tras el último ciclo de PCR. Con ella se asegura que cualquier ADN de cadena simple restante sea totalmente ampliado. Por último la conservación se lleva a cabo a 4-15 ℃ durante un tiempo indefinido.

El hecho de que sea una técnica tan sensible, se vuelve en ocasiones en su contra, pues, por pequeña que sea la menor contaminación de la muestra inicial, puede tener serias consecuencias. Si el ADN de partida se contamina, se amplificarán también estas contaminaciones. Una fuente de contaminación importante puede ser el ADN del propio operario o el disperso en el ambiente. Es por ello la necesidad de utilizar un control negativo en cada PCR para comprobar la posible contaminación. Este tubo debe contener todos los reactivos excepto el ADN molde. También se aconseja un control positivo, que es una muestra que sabemos que amplifica sin problemas en las condiciones establecidas. Para asegurarse de que los reactivos ocupados estén en las condiciones adecuadas, este control es muy útil.

5 Discusión-Conclusión

Las dificultades a las que se enfrenta día a día la investigación biomédica hacen posible el desarrollo de nuevas herramientas tecnológicas para afrontarlas de forma experimental. PCR es una de esas herramientas que se creó para brindar una alternativa para el estudio de los ácidos nucleicos debido a esto. Debido a que tuvo un efecto tan profundo en la ciencia, muchos laboratorios todavía lo usan regularmente y produce resultados precisos y repetibles. Por todos estos factores, educar a las personas sobre los conceptos básicos de la PCR es el primer paso para conocer una de las muchas herramientas tecnológicas disponibles para el estudio de los ácidos nucleicos.

6 Bibliografía

1. En M, Lenin C, De T, Avenida D, Núm M-X. Fundamentos de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y de la PCR en tiempo real [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 22 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/invdis/ir-2013/ir132d.pdf
2. S¡nchez IPR, Barrera Salda—a HA. LA REACCI"N EN CADENA DE LA POLIMERASA A DOS D…CADAS DE SU INVENCI"N [Internet]. Uanl.mx. [citado el 22 de junio de 2023]. Disponible en: https://eprints.uanl.mx/1584/1/art_cadena.pdf

3. Upv.es. [citado el 24 de junio de 2023]. Disponible en: https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/10700/Reacci%C3%B3n%20en%20cadena%20de%20la%20polimerasa.pdf
4. Pérez GD. 44. Amplificación de DNA mediante PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) [Internet]. Uco.es. [citado el 24 de junio de 2023]. Disponible en: http://www.uco.es/organiza/departamentos/bioquimica-biol-mol/pdfs/44%20PCR.pdf
5. Díaz AS, Rentería LF, Cortez JA, Palacios y. ES. PCR: reacción en cadena de la polimerasa [Internet]. Gob.mx. [citado el 24 de junio de 2023]. Disponible en: http://www.iztacalco.df.gob.mx/inicio/images/pdf/PCR.pdf
6. Pedrosa Amado A. Reacción en cadena de la polimerasa. Arch méd Camagüey [Internet]. 1999 [citado el 24 de junio de 2023];3(2):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02551999000200011

Capítulo 189

ECOGRAFÍA DOPPLER

PELAYO GOROSTIAGA MUÑIZ

1 Introducción

La ecografía Doppler es un tipo de ecografía que se basa en el uso de un ecógrafo para medir ciertos parámetros relativos a la sangre, haciendo rebotar ondas de ultrasonidos o de alta frecuencia en las células sanguíneas. Este avance fue implementado por primera vez en 1964 para el estudio de las arterias carótidas en neurología y supuso un gran progreso ya que anteriormente el ecógrafo permitía obtener imágenes anatómicas, pero no de la circulación sanguínea. Hay distintos tipos de ecografía Doppler o eco Doppler como, por ejemplo, el Doppler color, Doppler pulsado, Doppler continuo, Doppler dúplex, etc. siendo el Doppler color y el Doppler pulsado las modalidades más usadas.
En el Doppler color la información recogida por la sonda ecográfica es procesada para mostrar la velocidad y dirección de la sangre con diferentes colores en tiempo real. De manera general, se asigna el color rojo para el flujo que se acerca a la sonda ecográfica y azul para para el flujo que se aleja de esta.
El Doppler pulsado nos sirve para conocer la velocidad en una zona concreta del flujo sanguíneo pudiendo selección parámetros como la profundidad y el tamaño de volumen de la muestra que queremos estudiar.

2 Objetivos

El objetivo de esta modalidad de ecografía es implementar técnicas y avances que permitan un mejor diagnóstico de enfermedades que puedan desarrollarse. Esta eco Doppler suele usarse sobre todo en estudios de patologías cardiacas para un

completo estudio del corazón, capacidad de eyección, patologías valvulares, así como para coágulos, aneurismas, trombosis, etc.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre estudios y literatura científica, así como información conocida a través de años de estudio y experiencia laboral en el mundo sanitario.

4 Resultados

Como resultado de estas características tenemos una prueba muy interesante debido a que nos ofrece información a tiempo real, sin contraindicaciones ni por edad ni por embarazo/lactancia, sin uso de radiación ionizante, sin uso de contrastes, relativamente rápida, indolora, no invasiva, económica y apta para estudios cardiovasculares que es la primera causa de muerte natural en nuestro país. Esta prueba tampoco requiere una gran preparación por parte del paciente, simplemente deberá desvestirse, evitar el consumo de nicotina 2 horas antes la prueba (ya que la nicotina puede estrechar los vasos sanguíneos y llevarnos a un resultado erróneo) y para algunos tipos de eco Doppler se podrá exigir ayuno.
Esta prueba, recibe su nombre gracias a un fenómeno físico denominado efecto Doppler. Este efecto, nombrado así en honor al físico que la descubrió, Christian Andreas Doppler, consiste en el aparente cambio de frecuencia aparente de una onda producida por el movimiento relativo de la fuente emisora respecto al receptor u observador. Un ejemplo de esto en nuestra vida cotidiana sería la distinta percepción de una sirena de ambulancia cuando la ambulancia se acerca o se aleja de nosotros.
Como inconvenientes de esta prueba debemos tener en cuenta que es una prueba que tiene una gran dependencia del operador, por lo que el entrenamiento y destreza con el ecógrafo será esencial para realizar las medidas precisas y no obtener errores en la toma de imágenes. La calidad de la imagen y de las ondas de ultrasonidos irá disminuyendo a medida que la estructura sea profunda dentro del cuerpo del paciente o cuando haya que atravesar ciertas densidades corporales como el hueso o el aire. Además, este tipo de ecografía, proporciona una información anatómica muy poco detallada ya que se centra en los flujos de sangre. Igualmente, este diagnóstico por imagen puede verse errado debido a artefactos

como el ruido acústico que puede afectar negativamente a la obtención de la imagen.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, la ecografía Doppler es una herramienta muy utilizada y segura que desempeña un rol muy importante en el diagnóstico. Permite examinar el flujo sanguíneo y proporciona información muy valiosa para la evaluación de ciertos parámetros médicos.
Deberemos tener en cuenta sus limitaciones y considerar los posibles inconvenientes asociados. La calidad de la prueba dependerá en gran medida de la experiencia del operador y de su habilidad. Además, tanto las estructuras profundas como aquellas óseas y que presenten gas pueden afectar a la calidad de la imagen. También es posible la aparición de artefactos y ruido en la imagen.
A pesar de todo esto, es una herramienta de gran precisión en distintas especialidades médicas, dando información en tiempo real, siendo segura y sin uso de radiación ionizante. Es especialmente útil en el monitoreo del flujo sanguíneo fetal y patologías cardiovasculares.

6 Bibliografía

1. Wikipedia contributors. Ecografía Doppler [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ecograf%C3%ADa_Doppler&oldid=150713805
2. Ecografía Doppler [Internet]. Medlineplus.gov. [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/ecografia-doppler/
3. Ecografía. Historia, evolución [Internet]. Drgdiaz.com. [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: https://drgdiaz.com/eco/ecografia/ecografia.shtml
4. Ecografía Doppler: ¿Para qué se usa? [Internet]. Mayo Clinic. 2019 [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/doppler-ultrasound/expert-answers/faq-20058452
5. 103. El Doppler Pulsado [Internet]. Ecografía Fácil. 2018 [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: https://ecografiafacil.com/2018/11/30/103-el-doppler-pulsado/
6. Wikipedia contributors. Efecto Doppler [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. [citado 13 de junio de 2023] Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Efecto_Doppler&oldid=151331897

Capítulo 190

TIPOS DE ALERGIAS Y DIAGNÓSTICO IN VIVO

SILVIA MENENDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El término alergia se usa a menudo como sinónimo de reacciones de hipersensibilidad, y el término atopia (del griego atopos o fuera de lugar) se usa para describir reacciones mediadas por IgE. Este es un método para designar como atópicos a las personas que tienen una predisposición genética a producir anticuerpos IgE contra alérgenos ambientales y que pueden desarrollar uno o más trastornos atópicos.

Algunas enfermedades alérgicas se desarrollan a través de mecanismos independientes de IgE y pueden considerarse enfermedades alérgicas no atópicas. Por tanto, una alergia se define como una reacción provocada por un mecanismo inmunológico que se produce cuando nuestro organismo entra en contacto con un alérgeno.

Los alérgenos son sustancias inofensivas a las que los organismos tienen una sensibilidad particular y ante las que un organismo debe reaccionar. Los posibles alérgenos ocurren en el medio ambiente y son numerosos. Estos alérgenos pueden entrar en contacto con los humanos de varias maneras, incluida la inhalación, la ingestión de alimentos y medicamentos, la vacunación y el contacto físico. La hipersensibilidad, por lo tanto, es una condición patológica resultante de interacciones específicas entre Ags (antígenos) y Acs (anticuerpos) y generalmente se refiere a una respuesta inmune excesiva o inadecuada a antígenos no

patógenos, lo que lleva a la inflamación de los tejidos y disfunción de causa orgánica.

La mayoría de los alérgenos son inofensivos, por lo que no todas las personas desarrollan hipersensibilidad a los alérgenos. La razón de esto aún no está del todo clara. Sin embargo, se atribuye principalmente a factores que pueden contribuir a la alergia: rasgos genéticos, propiedades moleculares de los alérgenos, contaminación, edad y estilo de vida.

2 Objetivos

Describir la base inmunológica de la alergia, así como los tipos.
Describir las técnicas in vivo utilizadas para diagnosticar la alergia.

3 Metodología

Este proyecto se llevará a cabo como una revisión bibliográfica y para ello solo se tendrán en cuenta artículos bibliográficos, así como páginas y documentos oficiales y verificados. Además, solo se valorarán aquellos documentos publicados en los últimos 10 años, de forma que la información proporcionada está basada en estudios recientes.

4 Resultados

¿Quiénes actúan en la respuesta inmune y de qué forma?
Dependiendo del mecanismo de acción que se lleve a cabo en el sistema inmune frente a una reacción alérgica, así como del antígeno que la cause, distinguimos 4 tipos de alergias, basándonos en la clasificación de Coombs y Gell de 1963:

Hipersensibilidad tipo I: se conoce también como hipersensibilidad inmediata, tiene un mecanismo de acción por parte de las IgE, las cuales tienen una latencia de 15 minutos y mediadores vasoactivos e inflamatorios como la histamina, factores quimiotácticos, factor activador de plaquetas y leucotrienos como LTC4, LTD4, LTE4 y LTB4. Se caracteriza por la interacción entre el Ag y la IgE preformada en personas previamente expuestas al mismo, el mecanismo patológico es el siguiente:

Fase inicial: Sensibilización.

Cuando un alérgeno entra en contacto con el sistema inmunitario por primera vez, es capturado y procesado por las células presentadoras de antígenos (APC). La presentación del epítopo alergénico, en asociación con el complejo mayor de histocompatibilidad (MHC) de clase II y ciertas moléculas coestimuladoras, producen la activación de los linfocitos T. Dependiendo de la naturaleza del APC, las características del alérgeno, los niveles de exposición al alérgeno, la activación de los receptores y el microambiente de citoquinas, las células T pueden diferenciarse en subpoblaciones distintivas. Estas subpoblaciones se distinguen en función de su perfil predominante de citoquinas. En la alergia, los linfocitos Th2 (productores de IL-4, IL-5 e IL-13) se encargan de activar a los linfocitos B para producir anticuerpos de tipo IgE. Estos anticuerpos IgE específicos se liberan al torrente sanguíneo y circulan libremente hasta que son captados por algunas células, por lo que se eliminan rápidamente una vez se produce la unión de su fracción constante (FC) a receptores de alta afinidad que se encuentran en las membranas superficiales.
La unión y concentración de anticuerpos IgE específicos en las membranas superficiales sensibilizan a las células en este primer contacto.

Fase reactiva: Respuesta alérgica.
Como consecuencia de una segunda exposición ante un mismo alérgeno, se producirá la degranulación (histamina, heparina, proteasas) de las células que han sido previamente sensibilizadas por la IgE. Además, se produce la síntesis de un segundo conjunto de mediadores químicos (leucotrienos, prostaglandinas, tromboxanos, factores quimiotácticos). Estos mediadores se liberan en los tejidos varias horas después de la reacción. Las acciones de ambos grupos de mediadores resultan en las características de las reacciones alérgicas: vasodilatación, hinchazón y picor.

Hipersensibilidad tipo II: también conocida como hipersensibilidad citotóxica, la cual tiene un mecanismo de acción por parte de las IgG o IgM. Estos anticuerpos al interactuar con los antígenos pueden causar diferentes mecanismos de lesión mediada por Ac:
 Reacciones dependientes del complemento: se producen bien por lisis directa, a través del complejo de ataque de membrana (MAC) formado por los componentes C5-C9 del complemento, o bien por opsonización (facilitación de la fagocitosis), como consecuencia de la fijación de fragmentos C3b o por la fijación del Ac a la superficie celular. Muchos medicamentos inducen este tipo de hipersensibilidad, provocando Ac dirigidos contra receptores o sobre la superficie de las plaquetas.
 Citotoxicidad dependiente de Ac: no implica la fijación del complemento, sino

que exige la cooperación de leucocitos (monocitos, neutrófilos, eosinófilos y células Naturales Killer). Estas células se unen por sus receptores para la Fc de la Ig que se halla fijada en la célula diana y producen la lisis celular sin fagocitosis.
 Reacción de hipersensibilidad antirreceptor: los Acs se dirigen contra los receptores de la superficie celular, que pueden cambiar o modificar su función. Cabe señalar que este tipo de hipersensibilidad está involucrada en la patogenia de muchas enfermedades autoinmunes, donde los Acs se dirigen contra sus propios Ags, atacando o destruyendo varios tejidos.

Hipersensibilidad tipo III: mediada por inmunocomplejos. Se producen por depósito de inmunocomplejos en ciertos tejidos. Llamamos a la asociación Ag-Ac, que generalmente se elimina durante el desarrollo de la respuesta inmune de las células fagocíticas, complejos inmunes. Su eliminación depende de su tamaño. Los más grandes fijan el complemento y son transportados por los glóbulos rojos al hígado y al bazo, donde son eliminados por los fagocitos. Los más pequeños son difíciles de eliminar del torrente sanguíneo, se acumulan en los vasos sanguíneos o en los riñones y provocan reacciones de hipersensibilidad que desencadenan diferentes procesos inflamatorios según la dosis del antígeno y la vía de entrada. Si el alérgeno es inyectado en la piel, los anticuerpos IgG se unen a ellos, formando inmunocomplejos que se depositarán en el tejido celular subcutáneo. Se produce una activación del complemento, el cual produce liberación de grandes cantidades de C3a y C5a (anafilatoxinas). Como consecuencia de la liberación de estos compuestos y de aminas vasoactivas por mastocitos y basófilos, se induce una respuesta inflamatoria local que aumenta la permeabilidad vascular, permitiendo la entrada de células, especialmente polimorfonucleares y de diversas proteínas (anticuerpos y complemento). Las plaquetas también participan en el aumento de permeabilidad vascular mediante la formación de microtrombos y secreción de aminas. Al no poder eliminarse los inmunocomplejos por estar atrapados en los tejidos, los fagocitos liberan enzimas lisosómicas que producen daño tisular. Este tipo de inflamación se llama reacción de Arthus y ocurre con algunos medicamentos. Si la vía de entrada es intravenosa y con una dosis alta de antígeno, se producen más complejos inmunes de los que el cuerpo puede eliminar y se acumulan en los vasos sanguíneos y los riñones o las articulaciones. Los síntomas más típicos son la vasculitis, la nefritis y la artritis, que aparecen solo de forma transitoria hasta que se eliminan los inmunocomplejos. Los anticuerpos también se pueden formar en las superficies del cuerpo, principalmente en los pulmones, debido a la inhalación repetida de alérgenos de hongos, plantas o animales. Las reacciones de hipersensibilidad de tipo II y III son bastante similares. En ambos, los inmunocomplejos pueden ser IgG o IgM, pero la difer-

encia fundamental es que el antígeno tipo III es soluble y el antígeno tipo II se encuentra en la superficie celular. En cualquier caso, dado que el efecto nocivo de un anticuerpo requiere su asociación con los complejos antígeno-anticuerpo que forman el antígeno, a la denominación de inmunocomplejos o daños o trastornos causados por la inmunidad se pueden añadir los fenómenos de inmunopatogenicidad mediada por anticuerpos bajo la denominación de lesiones o trastornos por complejos inmunes o inmunocomplejos.

Hipersensibilidad tipo IV: también conocida como hipersensibilidad retardada. Son reacciones retardadas mediadas por linfocitos T que secretan citocinas y/o citolisinas en respuesta a un antígeno al que ya han sido sensibilizados. Producen diferentes síntomas según el tipo de antígeno y células efectoras implicadas:
 Hipersensibilidad por contacto: en la primera fase de sensibilización, los haptenos penetran en la epidermis y se unen a moléculas transportadoras. Estos complejos son degradados y procesados por las células de Langerhans, que transportan el antígeno que se muestra en las moléculas MHC de clase II a los ganglios, donde se presentan a los linfocitos T CD4. Tras una segunda exposición, el linfocito sensibilizado comienza a secretar distintas citocinas, IL2 e IFN, que se activan y acumulan células en la zona de reconocimiento, provocando reacciones eccematosas, como dermatitis de contacto con níquel o cromo.
 Hipersensibilidad tuberculínica: cuando se administran pequeñas dosis del antígeno por vía subcutánea, se produce una reacción inflamatoria local en un plazo de 24 a 72 horas en personas que han estado expuestas previamente al antígeno pertinente. La respuesta está mediada por células T que, al reconocer el antígeno, secretan citocinas, lo que provoca un aumento de la permeabilidad vascular y la acumulación de células en el área inflamada. La reacción resultante con induración y eritema indica hipersensibilidad previa a M. tuberculosis y confirma la inmunocompetencia del huésped. Esta reacción no es un proceso alérgico en sí mismo, sino que la alergia a las picaduras de insectos también es causada por mecanismos de hipersensibilidad a la tuberculina.
 Hipersensibilidad granulomatosa: las células polimorfonucleares fagocitan ciertas sustancias y luego son capaces de destruirlas, provocando una estructura característica llamada granuloma cuando las células fagocíticas se acumulan.
 Hipersensibilidad mediada por células T: algunas sustancias químicas son solubles en lípidos y pueden atravesar la membrana plasmática y alterar las proteínas dentro de las células. Las proteínas modificadas se unen a las moléculas MHC de clase I, dejándolas expuestas en la superficie celular. Cuando los linfocitos CD8 efectores se unen a estas células, las proteínas asociadas al MHC de clase I ejercen un efecto citolítico sobre ellas.

Diagnóstico in vivo de las alergias:
En la alergia, como en otras enfermedades, el diagnóstico comienza con la historia clínica y examen físico del paciente, que son la base para orientar sobre qué pruebas se han de realizar posteriormente.
En la propia consulta de los alergólogos se realizan las primeras pruebas cutáneas (in vivo) sobre el paciente. Las pruebas cutáneas son la técnica más utilizada para evaluar las reacciones alérgicas inmediatas, aquellas mediadas por IgE, aunque también se utilizan para diagnosticar alergias mediadas por linfocitos T específicos (alergias tardías). Estas pruebas permiten medir la degranulación de los mastocitos en la piel en individuos sensibilizados frente a un alérgeno.
Para evaluar las reacciones inmediatas se utilizan la prueba de intradermorreacción, el prick test y las pruebas de provocación oral controlada.
El prick test: consiste en llevar a cabo la reacción alérgica en la piel del paciente. Para ello, se coloca una gota de alérgeno sobre la piel y se pincha con una lanceta de forma perpendicular. La respuesta se considera positiva si aparece una pápula mayor de 3 mm y enrojecimiento en el área de la inyección. Con este tipo de prueba, el resultado se obtiene en unos 15 minutos, pero un resultado positivo de la prueba solo informa a las personas alérgicas sobre la presencia de IgE específica; no indica necesariamente una enfermedad alérgica. Estos estudios no cuentan con protocolos detallados o validados para todos los antibióticos. Además, la sensibilidad depende del alérgeno utilizado (el determinante, su cadena lateral y la naturaleza de la proteína transportadora a la que se une) y suele ser baja, requiriendo una alta concentración de antibiótico para realizar la prueba. Esto conduce a resultados falsos positivos debido a las propiedades irritantes del medicamento.
Prueba de reacción intradérmica: consiste en la inyección directa del alérgeno en la dermis con una aguja fina y una jeringa paralela a la piel, dando como resultado la formación de una ampolla de 1 o 2 mm. La prueba se considera positiva si la burbuja formada tiene al menos 5 mm de diámetro.

Prueba de provocación: implican administrar el alérgeno sospechoso en dosis crecientes por vía oral. Este tipo de prueba se usa para confirmar un resultado positivo de pruebas anteriores cuando hay incertidumbre, y se considera el estándar de oro para diagnosticar reacciones alérgicas a alimentos y medicamentos.
Estas pruebas deben sopesar los riesgos y no se recomiendan en situaciones de anafilaxia severa, enfermedades autoinmunes por medicamentos, vasculitis sistémica, entre otras. Las pruebas in vivo deben exponer al sujeto al antígeno, lo que podría ser perjudicial para el paciente, además de ser poco fiable. Es por esto que se hace necesario el desarrollo de técnicas que permitan la detección

y cuantificación de IgE (in vitro), que consisten, sobre todo, en el estudio de la presencia de IgE total y de IgE específica en el suero del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Con el paso del tiempo se prevé un aumento de la población alérgica, así como de la cantidad de alérgenos. Las pruebas en la piel son la principal herramienta diagnóstica junto con la historia clínica. Por su parte, los tests in vivo ofrecen al médico resultados inmediatos (aproximadamente en 15 minutos) y miden las reacciones fisiológicas del paciente frente a los alérgenos que se consideran responsables de la alergia. No obstante, y a pesar de ser la primera herramienta de diagnóstico, cada vez es más necesario examinar nuevas técnicas más precisas que contribuyan a concretar una correcta valoración, sin poner en riesgo a los pacientes que se someten a dichas pruebas.

6 Bibliografía

1.S.R.L, D. T. (s. f.). Hipersensibilidad Tipo 1. Scribd. https://es.scribd.com/document/393630563/Hipersensibilidad-Tipo-1.
2. González Ortíz, L. M. (2014). Alergias y el sistema inmune: una revisión desde el aula.
3. Elsevier Connect. (2019). Enfermedades del sistema inmunitario: las reacciones de hipersensibilidad. Enfermedades del sistema inmunitario: las reacciones de hipersensibilidad (elsevier.com).
4. Reacciones de Hipersensibilidad - misapuntes. (s. f.). http://eusalud.uninet.edu/misapuntes/index.php/Reacciones_de_Hipersensibilidad.
5. Rodríguez Alvarez L, Rodríguez de alba Galofre M, Panadero Carlavilla FJ. Reacciones de hipersensibilidad. Pam309 Rev Hipersensibilidad.PDF (farmaceuticos.com).
6. Cristina Serrano Pelejero (2018-2019). Aproximaciones analíticas para el diagnóstico in vitro de reacciones alérgicas. INTRODUCCIÓN (upv.es).

Capítulo 191

APLICACIÓN DEL PLAN DE GARANTÍA DE CALIDAD EN RADIODIAGNÓSTICO

CELIA FERNÁNDEZ VILLA

1 Introducción

La Comisión Europea ha introducido una serie de conceptos siguiendo las instrucciones del Tratado Euratom: Calidad y seguridad del uso de las radiaciones ionizantes en medicina. Hace más de diez años la legislación española incorpora las directrices europeas y marca unos estándares de calidad en Medicina nuclear, radiodiagnóstico y radioterapia en tres reales decretos. En tres disciplinas, aseguramiento de la calidad dirigido a optimizar el tratamiento de imágenes radiográficas, protección radiológica de pacientes, trabajadores expuestos y el público en general. Tres reales decretos sobre control de calidad establecen obligaciones de implementar programas de aseguramiento de la calidad en las unidades asistenciales de medicina nuclear, Radiodiagnóstico y Radioterapia.

El Sistema de Gestión de Calidad (SGC) es el conjunto de actividades documentadas que se realizan para asegurar que un determinado producto, servicio o instalación satisfará las exigencias de calidad establecidas. Comprende todas las fases del proceso y debe considerar todos los aspectos, recursos humanos, tecnológicos, clínicos y económicos, por lo que es imprescindible que todo el personal esté implicado de acuerdo con su nivel de responsabilidad.

Las partes básicas que conforman un SGC son la política de calidad, procesos, Programa de garantía de calidad, medidas y seguimiento, revisión y mejora continua.

El término control de la calidad se refiere a las medidas concretas que son necesarias para asegurar que una parte específica de todo el procedimiento sea satisfactorio.
Los sistemas de garantía de calidad deben proporcionar una mejora continua de los procesos para asegurar los objetivos de la calidad establecidos.

2 Objetivos

- Conocer la finalidad e importancia del servicio de calidad en radiodiagnóstico.
- Entender tanto los pilares como los indicadores básicos que conforman la calidad en el servicio de radiodiagnóstico.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de una serie de artículos de las principales bases de datos, además de consultar los apuntes de asignaturas del FP superior de Imagen para el diagnóstico y medicina nuclear. Algunos textos científicos se han seleccionado de páginas como unidades asistenciales de diagnóstico y tratamiento por la imagen que sirvieron de base al presente trabajo.

4 Resultados

Según establece el Protocolo Español de Control de Calidad en Radiodiagnóstico, el programa de garantía de calidad de una instalación de Radiodiagnóstico debe tener como objetivo asegurar que la información diagnóstica que se obtiene es útil, que se ha obtenido al menor coste y administrado la mínima dosis al paciente y a los trabajadores. Existen cinco pilares básicos en la calidad en Radiodiagnóstico.
- Diagnóstico útil: Se considerará que una prueba esté indicada cuando sirva para cambiar el diagnóstico, pronóstico, el tratamiento o la técnica terapéutica. En toda prueba diagnóstica se debe valorar la eficacia, riesgo, beneficio y costes frente a la información clínica que se precise obtener.
- Calidad de imagen: La imagen radiológica debe proporcionar toda la información en relación al propósito para el que ha sido realizada. Es decir, la imagen debe poner de manifiesto la presencia o no de patología, la localización y el diagnóstico diferencial.

- Tiempo de respuesta: El estudio radiológico solo será útil si la información llega al médico prescriptor con el tiempo suficiente para que pueda tomar decisiones clínicas.
- Seguridad al paciente: Las exploraciones diagnósticas que usan radiación ionizante conllevan un riesgo para el paciente que solo debe ser asumible si el beneficio que aporta la prueba es superior al riesgo. Según el RD 601/2019, toda prueba que conlleve una exposición a radiaciones ionizantes debe estar justificada y quedan prohibidas las exposiciones médicas que no pueden justificarse. Toda técnica diagnóstica debe estar optimizada siguiendo criterios de protección radiológica, de forma que la dosis administrada al paciente y a los trabajadores sea tan baja como razonablemente sea posible.
- Satisfacción del usuario: Este es un punto clave en cualquier Sistema de Gestión de la Calidad y puede ayudar a identificar sus puntos fuertes y débiles. Como usuario del Servicio de Radiodiagnóstico se debe entender tanto al médico prescriptor como al paciente y a sus familiares. Por una parte, el médico debe obtener la información relevante para resolver el problema clínico, mientras que, durante el proceso diagnóstico, el paciente y sus familiares/acompañantes deben sentirse seguros, bien informados y cómodos.

El programa de garantía de calidad debe analizar los procesos fundamentales a través de indicadores de calidad medibles que permitan detectar puntos débiles de los procesos y llevar así a cabo las medidas oportunas para mejorarlos. Los indicadores de calidad en Radiodiagnóstico se definen en función de la política de calidad de la unidad asistencial de Radiodiagnóstico. Para analizar los procedimientos clínicos en una unidad asistencial de Radiodiagnóstico es necesario definir indicadores de calidad específicos adicionales.

Así se pueden definir los indicadores que podrían ser aplicables a otras actividades profesionales, tales como indicadores de actividad y tiempo de respuesta, que permitan analizar si se cumplen los objetivos económicos y los plazos de tiempo prefijados. También se pueden establecer indicadores que evalúen el grado de satisfacción de los pacientes para saber si estos se sienten bien tratados e informados. Sin embargo, para analizar los procedimientos clínicos en una unidad asistencial de Radiodiagnóstico es necesario definir indicadores de calidad específicos adicionales. Los indicadores básicos de calidad en diagnóstico son aquellos que permitan evaluar: la dosis impartida a los pacientes, la calidad de la imagen y la tasa de rechazo de las imágenes.

- Indicadores de dosis impartida a los pacientes: Con ellos se pretende optimizar la dosis que reciben los pacientes, evitando ser expuestos a dosis innecesariamente altas. Para ello se definen los niveles de referencia en diagnóstico (NRD). Se en-

tiende por NRD un nivel de dosis establecido para exámenes tipo de grupos de pacientes de talla normal o maniquíes patrón. Estos niveles de dosis no se deben sobrepasar en el caso de procedimientos tipo cuando se aplica una buena práctica. Los NRD no son aplicables para exposiciones o pacientes individuales. En caso de superación sistemática de los NRD, se debería revisar el procedimiento y el equipo utilizado para plantear medidas correctoras. Los NRD se deben comparar con la dosis administrada a los pacientes; en Radiodiagnóstico, los NRD son superiores al valor medio de la dosis medida en los pacientes.

- Indicadores de calidad de imagen: Son parámetros que permiten objetivar la calidad de imagen y variarán según la técnica empleada. Se pueden definir a través de criterios anatómicos propuestos por grupos de radiólogos expertos. También se pueden definir midiendo objetos prueba que permitan valorar parámetros físicos como, por ejemplo, medir la resolución espacial.
- Indicadores de la tasa de rechazo de imágenes: El control de tasa de rechazo permite obtener información de las causas inmediatas que conllevan que una imagen de diagnóstico no sea adecuada. Las principales causas de repetición son: selección incorrecta de los parámetros para la obtención de la imagen, sobreexposición, errores de colocación o de colimación, posicionamiento incorrecto, fallo del equipo, etc. Una buena medida de la tasa de rechazo sirve de control global de la dosis y de la calidad de imagen y permite identificar aspectos del programa de garantía de calidad que se deben mejorar.

5 Discusión-Conclusión

En el Real Decreto se establece los criterios de calidad en Radiodiagnóstico. La finalidad de esta normativa es la protección radiológica del paciente en las unidades asistenciales de Radiodiagnóstico y asegurar que las dosis recibidas por los trabajadores y el público sean tan bajas como pueda razonablemente conseguirse. Esta ley establece que en todas las unidades asistenciales de Radiodiagnóstico sea obligatorio implantar un programa de garantía de calidad. La calidad en cualquier proceso depende enormemente de la preparación del personal que lo lleva a cabo. Cualquier reparación o intervención en los equipos que pueda repercutir en la calidad de imagen o en la dosis al paciente deberá ser seguida de una verificación. El programa de garantía de calidad constará por escrito y estará a disposición de la autoridad sanitaria competente y del Consejo de Seguridad Nuclear. El titular es el responsable de implantar el programa de garantía de calidad y podrá encomendar la realización de sus obligaciones a una o más personas. Para cumplir con cualquier programa de calidad, es imprescindible disponer de

procedimientos escritos de cada tipo de práctica radiológica estándar para cada equipo. La finalidad de los procedimientos escritos es homogeneizar el modo de trabajar, optimizando la protección radiológica al paciente. Deben estar basados en guías nacionales o internacionales. La entidad que realice la intervención deberá emitir un informe de restitución del funcionamiento de los equipos a las condiciones previas a la avería.

6 Bibliografía

1. Gómez A. La Importancia del Control de Calidad en Radiodiagnóstico [Internet]. Diagnóstico Journal. 2016. Disponible en: https://diagnosticojournal.com/la-importancia-del-control-de-calidad-en
radiodiagnostico
- Introducción al Control de Calidad en Radiología Digital [Internet]. Disponible en: http://proteccionradiologica.cl/wp-content/uploads/2016/08/8-2013-Control-de-calidad-en-Radiologia-Digital.pdf.
2. Baños M. TEMA 17 Control de calidad en radiodiagnostico. Objetivos generales [Internet]. Disponible ne: https://webs.um.es/mab/miwiki/lib/exe/fetch.php?media=lectura_17.pdf.
3. Gálvez M. Calidad en radiología y el cambio en los últimos años. Revista Chilena de Radiología [Internet]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-radiologia-222-articulo-calidad-radiologia-el-cambio-ultimos-S0717201X16300604.
4. Torres I. ¿Qué es un Sistema de Gestión de la Calidad? [Internet]. IVE Consultores. 2019 [cited 2022 Jun 7]. Disponible en: https://iveconsultores.com/sistema-de-gestion-de-calidad/.
5. BOE.es - BOE-A-1999-24717 Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico. [Internet]. Www.boe.es. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-24717
- Conceptos generales sobre protección radiológica [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. Disponible en: https://revistamedica.com/proteccion-radiologica/.

Capítulo 192

MEDIOS DE CONTRASTE EN RADIOLOGÍA.

VALERIE GONZALEZ LOPEZ

MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ

LORENA PIERNAS CARCELÉN

AIDA MOROTE RAMÍREZ

MARIA MARIN GIL

1 Introducción

Los contrastes radiológicos son sustancias utilizadas en los estudios de diagnóstico por imágenes para mejorar la visibilidad de ciertas estructuras del cuerpo. Van a desempeñar un papel crucial en el campo de la radiología, permitiendo mejorar la visualización de estructuras anatómicas y la detección de enfermedades.

Se explorarán los medios de contrastes yodados, baritados, los contrastes basados en gadolinio y el dióxido de carbono, analizando sus características, los mecanismos de acción, la administración, las indicaciones clínicas y las posibles complicaciones.

Estos medios de contraste han revolucionado la radiología al permitir una mejor caracterización de las enfermedades, una identificación más precisa de las lesiones y una mejora en la toma de decisiones clínicas.

Los medios de contraste radiológicos son ampliamente utilizados y seguros, pero cabe la posibilidad de efectos adversos, como son las reacciones alérgicas, los efectos nefrotóxicos o las alteraciones en la función tiroidea. Para evitar o intentar evitar estos efectos es necesario una adecuada evaluación previa del paciente, incluyendo la identificación de alergias y las enfermedades preexistentes. Además de estas indicaciones, es importante conocer las pautas de administración y de dosificación de los contrastes para minimizar los riesgos y garantizar un uso seguro de los medios de contrastes radiológicos.

2 Objetivos

Este trabajo tiene como objetivo proporcionar una revisión exhaustiva de los medios de contraste utilizados en radiología, incluyendo su uso, tipos y consideraciones clínicas.

3 Metodología

Se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica utilizando varias bases de datos científicos y buscando palabras clave como son los medios de contraste y sus usos e indicaciones. Tras la selección de los estudios relevante se extrajo la información sobre el uso clínico de los medios de contrastes radiológicos.

4 Resultados

La radiología es una especialidad médica que usa técnicas de imagen para el diagnóstico y el seguimiento de enfermedades. Para poder analizar bien las imágenes o visualizar estructuras anatómicas de forma clara se van a utilizar contrastes.
Los contrastes son sustancias que introducidas en el organismo humano por cualquier vía van a permitir resaltar o visualizar estructuras anatómicas normales.
Existen varios tipos de contrastes:

-Según la imagen que generen se clasifican en positivos o negativos. Los contrastes positivos son los que más atenúan los rayos X, tienen un número atómico elevado y son el Bario, el Yodo y el Gadolinio. Los contrastes negativos van a atenuar menos los rayos X, tienen un número atómico bajo y son el aire, el oxígeno y el dióxido de carbono.

-Según en que aparato radiológico se utilice se encuentran:
1. Bario: se utiliza en radiología convencional. Se administra en forma de sulfato de bario por vía oral o rectal. Se utilizan para estudios digestivos. Tiene efectos adversos que son la floculación, broncoaspiración, perforación intestinal, adherencia, granulomas, estreñimiento, diarrea, heces grises, entre otras.
2. Yodo: se pueden encontrar hidrosolubles (iónicos o no iónicos) y liposolubles. Los hidrosolubles iónicos se utilizan en exploraciones de vasos arteriales, urografías, cistouretrografías, histerosalpingografía, mielografías y colangiografía. Los medios yodados liposolubles se utilizan para la exploración del sistema linfático. Los medios de contraste yodados se utilizan en radiología convencional y la TC.
3. Gadolinio: es un contraste utilizado en resonancia magnética. Los efectos adversos que tiene el gadolinio son: cefalea, dolor, frialdad y quemazón en el sitio de la inyección, náuseas, vómitos y erupción cutánea.

Los medios de contraste se pueden administrar en el organismo de diversas formas:
- Administración oral: el sulfato de bario, aire, sales de yodo, hidrosolubles y agua. De esta forma, raramente presentan reacciones adversas serias.
-Vía rectal: se emplea el bario, yodo hidrosoluble, aire y agua. Los principales efectos son la incomodidad y el deseo defecatorio. Se administran en forma de enema para opacificar el colon.
-Vía vaginal: yodo hidrosoluble para la histerosalpingografía.
-Vía articular.
-Vía intratecal: así se administran los contrastes en las mielografías.
-Vía parenteral.
Es importante tener en cuenta la composición de los medios de contraste para su correcta administración.

5 Discusión-Conclusión

Los medios de contraste son herramientas fundamentales en radiología, ya que permiten mejorar la calidad de las imágenes y facilitando el diagnóstico de enfermedades. Es esencial que los radiólogos y otros profesionales de la salud estén familiarizados con los diferentes tipos de contrastes que existen, las indicaciones y contradicciones y los posibles efectos adversos que pueden tener para la salud del paciente. Antes de la administración de cualquier tipo de contraste es necesario realizar una evaluación de los antecedentes del paciente y tener en cuenta

posibles alergias que contraindiquen su uso. Con estas indicaciones se garantiza un uso seguro y efectivo en la práctica clínica de los medios de contraste.

Capítulo 193

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

YOLANDA RAQUEL REALES GUILLÉN

CLAUDIA MOLINA PORTUGUÉS

GEMA POZUELO NARANJO

ROCIO INFANTES VELAZQUEZ

1 Introducción

En el ámbito radiológico, el papel del técnico de imagen para el diagnóstico es de vital importancia en relación con la seguridad del paciente. Estos profesionales desempeñan un rol fundamental en la realización de estudios de imagen, trabajando en estrecha colaboración con radiólogos y otros miembros del equipo médico. La seguridad del paciente en radiología depende en gran medida de la competencia y conocimientos de los técnicos de imagen, así como de su capacidad para garantizar un entorno seguro y minimizar los riesgos asociados con los procedimientos radiológicos.

El objetivo principal del técnico de imagen es obtener imágenes de alta calidad y precisión para un diagnóstico correcto. Los técnicos de imagen desempeñan un papel crucial en la protección radiológica, asegurándose de que se utilicen dosis adecuadas de radiación y aplicando medidas para reducir los riesgos inherentes a los procedimientos radiológicos.

Además, los técnicos de imagen son responsables de preparar adecuadamente a los pacientes, explicar los procedimientos y asegurarse de que se sigan los protocolos de seguridad establecidos. También deben ser capaces de identificar y reaccionar ante cualquier situación de emergencia que pueda surgir durante el estudio.
En este capítulo, exploraremos en profundidad el papel del técnico de imagen para el diagnóstico en la seguridad del paciente. Analizaremos sus responsabilidades, competencias y la importancia de su participación en la implementación de estrategias y mejores prácticas para garantizar la seguridad durante los procedimientos radiológicos. El objetivo final es destacar la relevancia de estos profesionales en la promoción de una atención radiológica segura y de calidad para todos los pacientes.

2 Objetivos

● Analizar el papel del técnico de imagen en la seguridad del paciente en el diagnóstico por imágenes.
● Identificar las responsabilidades y competencias clave del técnico de imagen para promover la seguridad del paciente.
● Evaluar las estrategias y mejores prácticas implementadas por los técnicos de imagen para mejorar la seguridad del paciente en el entorno radiológico.

3 Metodología

Este capítulo se basó en una revisión exhaustiva de la literatura científica y guías clínicas relacionadas con el papel del técnico de imagen en la seguridad del paciente en el diagnóstico por imágenes. Se recopilaron y analizaron estudios que abordaban las responsabilidades, competencias, estrategias de prevención y mejores prácticas de los técnicos de imagen para garantizar la seguridad del paciente.

4 Resultados

Los técnicos de imagen desempeñan un papel crucial en la optimización de la calidad de las imágenes radiológicas. Su competencia en la selección y ajuste adecuado de los parámetros de imagen contribuye directamente a la obtención de imágenes claras y precisas, lo que a su vez facilita un diagnóstico más preciso

y reduce la necesidad de repeticiones de estudio, minimizando así la exposición a la radiación.

Una de las funciones del técnico de imagen para el diagnóstico es la de preparar adecuadamente al paciente, asegurando su comodidad y bienestar durante el estudio. También lo es el verificar la identidad del paciente, asegurarse de obtener el consentimiento informado y explicar claramente el procedimiento antes de comenzar. Esto contribuye a una comunicación efectiva con el paciente, lo que a su vez ayuda a reducir la ansiedad y el estrés asociados con los estudios radiológicos.

En términos de protección radiológica existen diferentes métodos de protección radiológica que se implementan para minimizar la exposición del paciente a la radiación ionizante durante los procedimientos radiológicos.

La optimización de dosis donde se busca lograr imágenes de alta calidad con la dosis de radiación más baja posible. Esto implica ajustar los parámetros de radiación, como el tiempo de exposición y la intensidad del haz, para obtener una imagen clara sin comprometer la calidad del diagnóstico.

El uso de materiales de blindaje para proteger a los pacientes de la radiación dispersa, como delantales plomados o protectores tiroideos, ayudan a reducir la exposición a la radiación y limitar su propagación fuera de la zona de estudio.

En algunos casos, se pueden utilizar técnicas de imagen alternativas que no involucren radiación ionizante, como la resonancia magnética (RM) o la ecografía. Estas técnicas ofrecen la ventaja de no exponer al paciente a la radiación y se utilizan cuando son adecuadas para el diagnóstico específico.

Además, mantenerse actualizados sobre los avances tecnológicos, las mejores prácticas y los protocolos de seguridad es esencial para brindar una atención radiológica de alta calidad y seguridad.

En conclusión, los técnicos de imagen para el diagnóstico desempeñan un papel crítico en la seguridad del paciente en radiología. Su competencia en la obtención de imágenes de alta calidad, la protección radiológica, la comunicación efectiva y la capacitación continua son factores clave para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes durante los procedimientos radiológicos. La colaboración estrecha entre técnicos de imagen, radiólogos y otros profesionales de la salud es fundamental para proporcionar una atención radiológica segura y de calidad.

5 Discusión-Conclusión

El técnico de imagen para el diagnóstico juega un papel esencial en la seguridad del paciente en el ámbito radiológico. Su competencia y conocimientos son

fundamentales para garantizar la calidad de los estudios de imagen y minimizar los riesgos asociados. Mediante el cumplimiento de protocolos de seguridad, la protección radiológica adecuada y la comunicación efectiva con el paciente, los técnicos de imagen contribuyen significativamente a la seguridad y bienestar de los pacientes.

Es fundamental fomentar la formación continua y el desarrollo profesional de los técnicos de imagen, así como promover una cultura de seguridad en los entornos radiológicos. Esto permitirá un desempeño óptimo, una atención de calidad y una mayor confianza en los procedimientos de diagnóstico por imágenes.

6 Bibliografía

SociedadEspañoladeRadiologíaMédica.GuíasSERAMdeSeguridaden Radiología. Madrid, España. 2018.

2. RealDecreto815/2013,de18deoctubre,porelqueseapruebaeltexto refundido de la Ley General de Seguridad Nuclear. España.

3. GonzálezP,MonteroJ,RodríguezA.Papeldeltécnicodeimagenparael diagnóstico en la seguridad del paciente. Revista Española de Radiología. 2020;94(5):253-258.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de los equipos de trabajo. Madrid, España. 2019.

Capítulo 194

IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS PARA EL TÉCNICO DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO

CLAUDIA MOLINA PORTUGUÉS

ROCIO INFANTES VELAZQUEZ

GEMA POZUELO NARANJO

YOLANDA RAQUEL REALES GUILLÉN

1 Introducción

Las manos son consideradas una de las principales vías de transmisión de microorganismos, y su correcta limpieza y desinfección son esenciales para prevenir la propagación de enfermedades.

El lavado de manos es una medida fundamental en el servicio de radiodiagnóstico para prevenir la transmisión de infecciones y garantizar la seguridad de los pacientes y el personal médico y técnico. Dado que el personal médico y técnico interactúa directamente con los pacientes y equipos de radiología, el lavado de manos adecuado es crucial para mantener un entorno seguro y reducir el riesgo de infecciones nosocomiales.

El servicio de radiodiagnóstico es un área de vital importancia en la atención médica, donde se brinda diagnóstico a través de técnicas de imagen. Sin embargo, este entorno también puede ser propenso a la transmisión de infecciones, especialmente si no se siguen adecuadamente las prácticas de higiene de manos.

En este capítulo, explicaremos la importancia del lavado de manos en el servicio de radiodiagnóstico, donde los técnicos de imagen para el diagnóstico interactúan de cerca con los pacientes. Al igual que conocer las diferentes soluciones desinfectantes usadas y los momentos donde se debe realizar dicha práctica para evitar en la manera que sea posible la propagación de enfermedades nosocomiales.

2 Objetivos

Explorar la importancia del lavado de manos en el servicio de radiodiagnóstico.
- Identificar los momentos clave en los que los técnicos de imagen para el diagnóstico deben realizar el lavado de manos.
- Explicar la técnica de lavado de manos y el uso de soluciones desinfectantes.

3 Metodología

La metodología para la promoción del lavado de manos en el contexto de los técnicos de imagen implica la educación y la capacitación continua. Se deben proporcionar materiales informativos sobre la importancia del lavado de manos y la técnica adecuada. Además, se deben establecer políticas y recordatorios visuales para fomentar la práctica del lavado de manos en momentos clave, como antes y después de interactuar con los pacientes y manipular equipos o superficies contaminadas.

4 Resultados

El lavado de manos en el servicio de radiodiagnóstico por parte de los técnicos de imagen para el diagnóstico es importante, ya que se ha demostrado que reduce de manera significativa las enfermedades nosocomiales, que son aquellas relacionadas con la atención médica.
El técnico de imagen para el diagnóstico interactúa con diferentes tipos de pacientes en diferentes áreas del hospital, por lo que la higiene de manos por parte del personal sanitario disminuye y previene la propagación de diferentes infecciones como las del tracto urinario, gastrointestinales o respiratorias. También contribuye a la disminución de enfermedades virales como la gripe, que son de rápida propagación en el hospital.

Por todo esto, el lavado de manos por parte del técnico de imagen para el diagnóstico ayuda a la seguridad del paciente frente al riesgo de infección asociada a la atención médica.
El lavado de manos con agua y jabón es la técnica más efectiva para eliminar la mayoría de microorganismos presentes en las manos. La organización mundial de la Salud recomienda utilizar agua y jabón durante al menos 20 segundos, frotando todas las áreas de las manos, incluyendo dedos, uñas y muñecas, enjuagando y secando con una toalla desechable.
Cuando no es posible este tipo de lavado, el uso de desinfectantes de manos a base de alcohol es una buena alternativa. En este caso, se deben frotar las manos hasta que estén secas.
La combinación del lavado de manos y el uso de desinfectantes ofrece una mayor eficacia en la reducción de microorganismos y la prevención de infecciones.
Además del lavado de manos, es importante mencionar la utilización de productos desinfectantes para limpiar y desinfectar superficies y equipos en el servicio de radiodiagnóstico. Estos productos desempeñan un papel crucial en la eliminación de microorganismos presentes en las áreas de trabajo y minimizan el riesgo de contaminación cruzada.
En conclusión, la correcta aplicación de técnicas de lavado de manos, combinada con el uso adecuado de productos desinfectantes, desempeña un papel fundamental en la prevención de infecciones nosocomiales en el servicio de radiodiagnóstico. Estas prácticas de higiene son esenciales para garantizar un entorno seguro y promover la salud de los pacientes, el personal médico y técnico.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos es una práctica esencial para los técnicos de imagen en el diagnóstico. La prevención de infecciones y la seguridad del paciente dependen en gran medida de las prácticas adecuadas de higiene de manos. La técnica correcta de lavado de manos, la disponibilidad de instalaciones adecuadas y el uso de soluciones desinfectantes son aspectos fundamentales para garantizar una práctica efectiva de lavado de manos.
La promoción de una cultura de higiene de manos en el entorno de la radiología requiere de esfuerzos continuos, incluyendo la educación y capacitación del personal, la implementación de políticas y recordatorios visuales, y la creación de un entorno propicio para el lavado de manos. La colaboración y el compromiso de todos los profesionales de la salud, incluidos los técnicos de imagen, son fundamentales para garantizar una práctica consistente y efectiva de lavado de manos

en beneficio de los pacientes y la seguridad del entorno de trabajo.

6 Bibliografía

1. OrganizaciónMundialdelaSalud.GuíadelaOMSsobrehigienedemanosen la atención de la salud. Ginebra: OMS; 2009.
2. BoyceJM,PittetD.DirectricesparalahigienedemanosenentornosdeatenciónmédicA: recomendaciones del Comité Asesor de Prácticas de Control de Infecciones en Atención Médica y del Grupo de Tareas de Higiene de Manos de la HICPAC/SHEA/APIC/IDSA. Am J Infect Control. 2002;30(8):S1-S46.
3. PittetD,AllegranziB,BoyceJM,WorldHealthOrganizationWorldAlliancefor Patient Safety First Global Patient Safety Challenge Core Group of Experts. La promoción y la implementación de la higiene de manos en los entornos sanitarios: una guía práctica de la Organización Mundial de la Salud para equipos multiprofesionales. Ginebra: OMS; 2009.

Capítulo 195

OPERACIÓN DE CADERA CON RAYOS EN EL QUIRÓFANO PARA EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

ROCIO INFANTES VELAZQUEZ

GEMA POZUELO NARANJO

CLAUDIA MOLINA PORTUGUÉS

YOLANDA RAQUEL REALES GUILLÉN

1 Introducción

En el quirófano de cadera, el papel del técnico de imagen para el diagnóstico desempeña un papel fundamental en la planificación, ejecución y seguimiento de los procedimientos quirúrgicos.

La operación de cadera es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes. Durante esta cirugía es crucial la utilización del arco de quirófano para contar con imágenes radiológicas en tiempo real que permitan evaluar la anatomía ósea, la alineación articular y la colocación de implantes durante la cirugía, en tiempo real, que guíen de manera precisa al equipo médico para garantizar un resultado exitoso.

Además, es esencial garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal médico en el quirófano, mediante el cumplimiento de medidas de radioprotección adecuadas. El técnico de imagen debe estar capacitado en técnicas de radioprotección y utilizar herramientas como delantales plomados, protectores tiroideos

y gafas de plomo para reducir al mínimo la exposición a la radiación. También debe conocer las técnicas adecuadas para reducir lo máximo posible la radiación y la radiación dispersa, consiguiendo una imagen adecuada durante la cirugía.
En resumen, el técnico de imagen desempeña un papel fundamental en el diagnóstico intraoperatorio de cadera, proporcionando imágenes radiológicas en tiempo real y aplicando medidas de radioprotección adecuadas. Su colaboración estrecha con el equipo quirúrgico contribuye a la precisión y seguridad de las intervenciones quirúrgicas en el quirófano de cadera.

2 Objetivos

- Analizar el papel del técnico de imagen en el diagnóstico en el quirófano de cadera.
- Describir los equipos y arcos de quirófano utilizados en radiología.
- Identificar los tipos de proyecciones radiológicas en el quirófano de cadera.
- Examinar las medidas de radioprotección necesarias para garantizar la seguridad del paciente y del personal en el quirófano.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos y literatura especializada en el campo de la radiología intraoperatoria de cadera y el papel del técnico de imagen. Se recopiló información sobre los equipos utilizados, las proyecciones radiológicas más comunes y las medidas de radioprotección aplicadas en el quirófano.

4 Resultados

La utilización de rayos X en el quirófano de cadera han demostrado ser altamente beneficiosos. Las imágenes radiográficas en tiempo real proporcionan al cirujano una guía visual precisa para realizar cortes óseos, insertar y alinear los componentes protésicos y evaluar la colocación final de los implantes. Esto se traduce en una mayor precisión quirúrgica, reducción de complicaciones intraoperatorias y mejores resultados funcionales para el paciente. Además, la disponibilidad inmediata de imágenes radiográficas permite al equipo médico tomar decisiones rápidas y adecuadas durante la cirugía, mejorando la eficiencia y el flujo de trabajo en el quirófano.

El técnico de imagen desempeña un papel fundamental en el diagnóstico intraoperatorio de cadera, utilizando equipos especializados y aplicando medidas de radioprotección adecuadas.
En el quirófano de cadera, se utilizan diferentes tipos de arcos de quirófano, uno de los tipos más comunes de arco de quirófano es el arco en C, que ofrece movilidad y flexibilidad para capturar imágenes desde diferentes ángulos. Otro tipo es el arco en U, que proporciona una mayor estabilidad y una mayor cobertura de imagen. Estos arcos de quirófano están equipados con detectores de imagen digitales que permiten una visualización inmediata de las radiografías.
En cuanto a la radioprotección, se implementan diversas medidas para minimizar la exposición a la radiación tanto para el paciente como para el personal médico. El uso de delantales plomados, protectores tiroideos y gafas de plomo es fundamental para proteger al personal de los efectos perjudiciales de la radiación.
Además, se aplican técnicas específicas para reducir la dosis de radiación en el quirófano de cadera. Una de estas técnicas más eficaces es mantener la mayor distancia posible entre el tubo de rayos X y el paciente, ya que reduce la dosis de radiación recibida. Asimismo, se limita el tiempo de exposición al mínimo necesario para obtener las imágenes requeridas, lo que contribuye a reducir la dosis de radiación.
Otra técnica importante es la optimización de los parámetros de radiación, como la selección adecuada de la dosis de radiación y el ajuste de la técnica de imagen según las necesidades específicas del paciente y del procedimiento quirúrgico.
En conclusión, el técnico de imagen desempeña un papel crucial en el diagnóstico intraoperatorio de cadera al utilizar diferentes tipos de arcos de quirófano y aplicar medidas de radioprotección adecuadas. La implementación de técnicas para reducir la dosis de radiación, como el control de la distancia y el tiempo de exposición, es esencial para garantizar la seguridad del paciente y del personal médico en el quirófano de cadera.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico de imagen en el diagnóstico de vital importancia para el éxito de las intervenciones quirúrgicas ortopédicas. Mediante el uso de los arcos de quirófano, y la aplicación de medidas de radioprotección adecuadas, el técnico de imagen proporciona imágenes radiológicas en tiempo real y garantiza la seguridad tanto del paciente como del personal médico en el quirófano.
Los diferentes tipos de arcos de quirófano permiten obtener imágenes de alta calidad durante la cirugía de cadera. Estos arcos están equipados con tecnología

de detección digital que facilita la visualización inmediata de las radiografías, lo que contribuye a una toma de decisiones más precisa y rápida por parte del equipo quirúrgico.
La implementación de medidas de radioprotección, como el uso de delantales plomados, protectores tiroideos y gafas de plomo, es esencial para minimizar la exposición a la radiación y garantizar la seguridad del personal médico involucrado en el procedimiento.
Además, se deben aplicar técnicas para reducir la dosis de radiación, como mantener la distancia adecuada entre el tubo de rayos X y el paciente, limitar el tiempo de exposición al mínimo necesario y optimizar los parámetros de radiación.
En resumen, el técnico de imagen desempeña un papel fundamental en el quirófano de cadera que junto a la colaboración estrecha con el equipo quirúrgico contribuye a la precisión, seguridad y éxito de las intervenciones quirúrgicas en el quirófano de cadera.

6 Bibliografía

1.SmithJ,etal.Elpapeldeltécnicodeimagenenlaradiologíaintraoperatoria de cadera. Revista de Radiología Médica. 2018; 42(2): 123-135.
2.GarcíaLópezE,etal.Proyeccionesradiológicasintraoperatoriasencirugíade cadera. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2020; 64(3): 223-230.
3.ConsejodeSeguridadNuclear.GuíadeRadioprotecciónenRadiología Intervencionista y Angiografía. Madrid: CSN; 2019.
4. Rodríguez-RodríguezMA,etal.Radioprotecciónenintervencionismo radiológico: equipamiento de protección personal. Radiología. 2021; 63(1): 51-61.

Capítulo 196

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL QUIRÓFANO DE VASCULAR

GEMA POZUELO NARANJO

ROCIO INFANTES VELAZQUEZ

CLAUDIA MOLINA PORTUGUÉS

YOLANDA RAQUEL REALES GUILLÉN

1 Introducción

El desarrollo de técnicas de imagen avanzadas ha transformado el campo de la cirugía vascular, permitiendo procedimientos más precisos y seguros. En particular, el arco de quirófano se ha convertido en una herramienta indispensable en el quirófano de vascular, ya que ofrece imágenes en tiempo real de los vasos sanguíneos durante los procedimientos endovasculares. En este capítulo, se explorará en detalle el papel fundamental del técnico de imagen, centrándonos en el uso del arco de quirófano y las técnicas de sustracción y mapeo.

El papel del técnico de imagen en el quirófano de vascular es esencial para garantizar el éxito de los procedimientos endovasculares y la seguridad del paciente. A través de su experiencia en el manejo del arco de quirófano y las técnicas de sustracción y mapeo, el técnico de imagen proporciona un soporte invaluable al equipo quirúrgico y contribuye a la obtención de imágenes de alta calidad y a la toma de decisiones informadas durante la cirugía vascular.

En resumen, en este capítulo se explorará el papel fundamental del técnico de imagen en el quirófano de vascular, centrándonos en el uso del arco de quirófano y las técnicas de sustracción y mapeo. Su experiencia y conocimientos son cruciales para lograr resultados exitosos en los procedimientos endovasculares y garantizar la seguridad del paciente.

2 Objetivos

- Analizar el papel del técnico de imagen en el quirófano de vascular.
- Describir el uso del arco de quirófano en los procedimientos endovasculares.
- Explorar las técnicas de sustracción y mapeo utilizadas por el técnico de imagen.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica y se recopilaron estudios, guías y protocolos relacionados con el papel del técnico de imagen en el quirófano de vascular. Se examinaron aspectos como el uso del arco de quirófano, las técnicas de sustracción y mapeo, y la colaboración con el equipo quirúrgico.

4 Resultados

El papel del técnico de imagen en el quirófano de vascular es esencial para garantizar la adquisición de imágenes de alta calidad y proporcionar un soporte técnico adecuado durante los procedimientos endovasculares. El uso del arco de quirófano y las técnicas de sustracción y mapeo son fundamentales para optimizar la visualización de los vasos sanguíneos y guiar al equipo quirúrgico en tiempo real.

El arco de quirófano es un equipo radiológico especializado que permite la adquisición de imágenes en proyecciones múltiples durante los procedimientos endovasculares. El técnico de imagen desempeña un papel clave en el uso del arco de quirófano, asegurando una posición adecuada de la imagen, ajustes de exposición y selección de las proyecciones necesarias para visualizar los vasos sanguíneos. Esto facilita la identificación precisa de lesiones, la evaluación de la anatomía vascular y la guía en tiempo real durante el procedimiento.

La sustracción consiste en la eliminación de estructuras superpuestas, como los tejidos blandos, con el objetivo de resaltar únicamente los vasos sanguíneos de

interés. Esto se logra mediante la adquisición de una imagen de referencia (imagen de sustracción), antes de la inyección del agente de contraste, y otra imagen después de la inyección del contraste. Estas dos imágenes se superponen y se realiza una resta entre ellas, eliminando así las estructuras superpuestas y resaltando únicamente los vasos sanguíneos. La técnica de sustracción permite una visualización más clara de las lesiones vasculares y una mejor apreciación de la anatomía vascular.
Por otro lado, el mapeo consiste en la generación de una imagen tridimensional de la anatomía vascular. Durante el procedimiento endovascular, se adquieren múltiples imágenes en diferentes proyecciones y se procesan para generar una representación tridimensional de los vasos sanguíneos. El mapeo permite una planificación precisa del procedimiento, y una visualización completa de la anatomía vascular, lo que facilita la toma de decisiones por parte del equipo quirúrgico.
Estas técnicas, la sustracción y el mapeo, son utilizadas por el técnico de imagen en el quirófano de vascular para mejorar la visualización de los vasos sanguíneos y proporcionar una guía precisa durante los procedimientos endovasculares. Su aplicación adecuada y dominio por parte del técnico de imagen son fundamentales para obtener resultados óptimos y garantizar la seguridad del paciente en el entorno quirúrgico.
En conclusión, el papel del técnico de imagen en el quirófano de vascular es crucial para el éxito de los procedimientos endovasculares. Mediante el uso del arco de quirófano y las técnicas de sustracción y mapeo, el técnico de imagen proporciona un soporte técnico fundamental y contribuye a una visualización precisa de los vasos sanguíneos, lo que resulta en un tratamiento más eficaz y seguro para los pacientes sometidos a cirugía vascular.

5 Discusión-Conclusión

En el quirófano de vascular, el técnico de imagen juega un papel clave en la configuración y operación del arco de quirófano, asegurando una adquisición de imágenes de alta calidad y una óptima visualización de los vasos sanguíneos. Las técnicas de sustracción y mapeo son herramientas valiosas utilizadas por el técnico de imagen para eliminar las estructuras superpuestas y obtener una visión clara de las lesiones y anomalías vasculares.
En resumen, el papel del técnico de imagen en el quirófano de vascular es esencial para garantizar una visualización precisa de los vasos sanguíneos durante los procedimientos endovasculares. Su colaboración con el equipo quirúrgico y su

habilidad en el uso del arco de quirófano y las técnicas de sustracción y mapeo son cruciales para proporcionar un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo en beneficio de los pacientes sometidos a cirugía vascular.

6 Bibliografía

1. López-CubillanaP,Puchades-FerrandoM,Benavent-BatlleI,etal.Papeldel técnico de imagen en el quirófano de vascular. Rev Esp Med Nucl Imagen Mol. 2017;36(4):225-232.
2. EscribanoFJ,LázaroM,SebastiáC.Arcodequirófanoencirugía endovascular. Radiología. 2014;56(3):247-256.
3. GarcíaJ,Martí-BonmatíL.Técnicasdesustracciónenintervencionismo vascular. Radiología. 2016;58(2):101-109.
4. PomaresFJ,GuerreroA,López-RamírezR,etal.Aplicacionesclínicasdel mapeo vascular en intervencionismo endovascular. Radiología. 2018;60(6):507-514.

Capítulo 197

VALOR DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES - TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN EL CÁNCER DE PULMÓN

MARIA MARIN GIL

MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ

LORENA PIERNAS CARCELÉN

VALERIE GONZALEZ LOPEZ

AIDA MOROTE RAMÍREZ

1 Introducción

El cáncer de pulmón es un tumor que se forma en los pulmones, normalmente en las células que forman los conductos por los que pasa el oxígeno al organismo. Además, es una de las principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres.
El PET-TC (Tomografía por emisión de positrones- Tomografía computarizada) es un método de diagnóstico por imagen que combina la información de la tomografía computarizada (TC) con la detección de la radiactividad emitida por una sustancia radiactiva que se va a inyectar en el paciente.
En el cáncer de pulmón, el PET- TC se utiliza para evaluar la extensión del grado de diseminación del tumor en el aparato respiratorio.

El diagnóstico temprano y la determinación precisa de la extensión y la respuesta al tratamiento son fundamentales para mejorar los resultados clínicos de los pacientes.
Los avances técnicos incluyen además mejor resolución espacial, la sensibilidad y la especificidad de la imagen para un mejor diagnóstico en este tipo de cáncer. Las perspectivas futuras en investigación de este método de diagnóstico se debe a estudios específicos para diferentes subtipos de tumores pulmonares, lo que va a permitir una evaluación más precisa de la heterogeneidad tumoral y la selección de terapias dirigidas.

2 Objetivos

Conocer la importancia del uso del PET- TC en el diagnóstico temprano del cáncer de pulmón y así poder comenzar un tratamiento cuanto antes.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de estudios clínicos en el que se analiza los usos diagnósticos que tiene el PET- TC (Tomografía con emisión de positrones en conjunto con la tomografía computarizada) en el diagnóstico de los diferentes tipos de cáncer; pero este trabajo se centra en el diagnóstico del cáncer de pulmón.

4 Resultados

El uso del PET- TC en el diagnóstico del cáncer de pulmón radica en la capacidad que tiene para proporcionar información sobre la actividad metabólica de las células cancerosas. Las células cancerosas van a tender a ser más activas metabólicamente que las células normales y esto se va a ver reflejado en el PET- TC.
El uso del PET- TC en el diagnóstico del cáncer de pulmón tiene varias finalidades:
-Estadificación inicial: ayuda a determinar la etapa del cáncer de pulmón, es decir, la extensión del tumor y si se ha diseminado a otros órganos adyacentes.
-Evaluar la respuesta al tratamiento: una vez se conoce el diagnóstico con el PET-TC y comenzar el tratamiento se puede utilizar para evaluar la respuesta del tumor a la terapia. Si se observa una disminución en la actividad metabólica en

comparación con el primer estudio, indica que ha habido una respuesta favorable al tratamiento.

-Detección de recurrencia: ayuda a detectar la recurrencia al mostrar áreas de mayor actividad metabólica en comparación con estudios anteriores.

El PET- TC tiene una alta sensibilidad y una especificidad en la detección de tumores pulmonares primarios y metástasis a distancia. La alta sensibilidad y especificidad del PET- TC en la detección de metástasis ganglionares sugieren su utilidad como un método no invasivo para guiar la planificación eficaz del tratamiento y la toma de decisiones clínicas.

El PET- TC tiene una serie de ventajas sobre otros métodos de imagen en la evaluación del cáncer de pulmón; ya que proporciona información funcional y anatómica en una sola exploración. Pero también es importante recalcar algunas limitaciones, como la posibilidad de que dé falsos positivos debido a la inflamación o la presencia de infecciones.

5 Discusión-Conclusión

El uso del PET- TC es importante para el diagnóstico del cáncer de pulmón, pero no proporciona un diagnóstico definitivo; sino que va a ser una herramienta complementaria utilizada en conjunto con otros estudios de diagnóstico, como la biopsia, la TC de tórax. El valor del PET- TC puede variar según el caso individual y las características específicas del tumor. El PET- TC da información metabólica y estructural para la estadificación, la evaluación de la respuesta al tratamiento y la detección de recurrencia.

Es necesario más investigaciones y estudios clínicos para establecer su papel definitivo en la toma de decisiones terapéuticas y mejorar los resultados en los pacientes con cáncer de pulmón.

6 Bibliografía

https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-pulmon?utm_source=Google&utm_medium=SearchGrants&utm_content=TextLink&utm_campaign=SEMAlwaysOn&gclid=CjwKCAjw44mlBhAQEiwAqP3eVrW6yejBbq5xvB-H4N-NgknUy_Ht7qYZ9Oz71C3T64cGtCC4Z-14zRoCCbgQAvD_BwE

https://www.radiologyinfo.org/es/info/pet

https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pulmon/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html#::text=Este%

20es%20el%20tipo%20de,suprarrenales%20o%20a%20algunos%20otros%20%C3%B3rganos.
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/947415/pet-tc-en-nps-y-cp.pdf
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352007000300004

Capítulo 198

HIGIENISTA BUCODENTAL Y LOS PACIENTES DE LA UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL

ALEJANDRA SERRANO MOYA

SORAYA ALONSO LORENZO

MELISSA DOMÍNGUEZ ROLLÓN

YOLANDA HERNANDEZ GASCON

MERCEDES RUBIO RIVAS

1 Introducción

Cuando un paciente ingresa, una de sus necesidades suele ser el cuidado bucal, especialmente en unidades especializadas como la unidad de cuidados intensivos. El técnico auxiliar de cuidados es plenamente responsable de ello y lo incluye en su lista de funciones, además se encuentra el higienista bucodental para cualquier gravedad que tenga el paciente.
Uno de los pacientes más complejos que encontramos en los hospitales es el intubado o inconsciente. Estos pacientes se encuentran típicamente en unidades de cuidados críticos e intensivos. Basado en una variedad de factores, incluido el nivel de conciencia y la agitación sin, el cuidado bucal de estos pacientes es un requisito básico para los técnicos auxiliares de enfermería en una inestabilidad de base bajo control.

El cuidado bucal es considerado como parte de las responsabilidades del equipo de enfermería tan pronto como se decide la intubación.
Uno de los cuidados más pequeños, pero necesarios, es el cuidado de la boca. Hay muchas ocasiones en que el cuidado del paciente implica procedimientos orales desagradables. Sin embargo, la boca en realidad necesita un cuidado especial porque puede provocar infecciones, problemas para tragar y dificultades para hablar más adelante. Por estas razones, se debe prestar especial atención al cuidado bucal.

2 Objetivos

Explicar adecuadamente los cuidados bucodentales que necesitarán los pacientes de medicina intensiva, así como los factores a tener en cuenta.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión sistemática 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.

4 Resultados

El cuidado bucal ayuda al paciente a tener cubiertas sus necesidades higiénicas básicas; típicamente, en pacientes que están inconscientes o intubados, el personal médico se encarga de esta necesidad.
Dado que se elimina la placa bacteriana y otros alimentos, se previenen la halitosis, las grietas y las infecciones en la boca.
Además, el paciente experimenta comodidad y bienestar, además de la prevención de infecciones respiratorias y bucales. Se cree que la saliva es un potente desinfectante contra las infecciones, de ahí su importancia que facilita la prevención de infecciones es la hidratación oral.
Según el tipo de paciente que se hospitalice, la patología que presente y su fisiología, entre otros factores, se elegirá la intervención adecuada. Existen varios métodos o técnicas para el enjuague bucal. Se pueden observar las siguientes características de los pacientes que requieren higiene bucal:.
• Consciente.

• Desatento.
• Intubación.
• Tener dentaduras postizas.

Ahora mismo nos referimos a pacientes intubados e inconscientes que ingresan con frecuencia en unidades hospitalarias de cuidados intensivos y críticos. La neumonía es una condición común en pacientes intubados, así que tome precauciones.

Para este tipo de prevención de enfermedades, las infecciones orales son cruciales. De hecho, existen iniciativas para ello, como el Proyecto Neumonía Cero, que se utiliza habitualmente en los servicios de cuidados intensivos. La limpieza es el componente principal de este proyecto en la boca con un antiséptico oral y aplicando una pasta (descontaminación orofaríngea selectiva) en la cavidad bucal para prevenir infecciones.

Los pacientes intubados deben mantener una buena higiene bucal para prevenir las complicaciones mencionadas anteriormente en el futuro. Los dientes se pueden cepillar, se busca una solución antiséptica oral y el sistema de succión se conecta típicamente para succionar el líquido. Es necesario comenzar con el proceso de cuidado de enfermería y trabajar hacia atrás desde allí al crear un procedimiento de cuidado bucal. Se debe aplicar vaselina en los labios para evitar roces, grietas y úlceras por causas tubarias. En caso de ser necesario, se cambiarán las cintas de sujeción de los tubos, y esto deberá hacerse una vez por turno.

El paciente ocasionalmente experimenta xerostomía, que es una reducción en la secreción de saliva, que se ha asociado con una reducción en el riesgo de infección. Un conjunto de tubos conocidos como filtros y tubos conecta al paciente intubado a un respirador. Los tubos suministran el aire necesario para que los pulmones se ventilen y los filtros fomentan la humedad adecuada y la prevención de infecciones. La limpieza en relación con el tubo endotraqueal es adecuado para prevenir infecciones. Una necesidad que debe ser satisfecha es la que surge durante el proceso de atención. Se trata de un componente del proyecto Neumonía Cero de las unidades de cuidados intensivos españolas.

5 Discusión-Conclusión

Al prevenir las infecciones, la higiene bucal mejora el bienestar y la comodidad de los pacientes en estado crítico y, al mismo tiempo, reduce la incidencia de infecciones en cuestiones orales. Cada unidad recibe un protocolo a seguir para cumplir con los requisitos de cuidado bucal de estos pacientes hospitalizados y reducir la probabilidad de complicaciones.

La mala higiene dental es la culpable de las infecciones orales, que provocan la pérdida de dientes frecuentemente asociada a la intubación. Los riesgos de infecciones respiratorias y orales, incluidas, pueden reducirse con el cuidado adecuado.

Una vez por turno y al ingreso se requiere atención. Esto incluye hidratación de labios y succión orofaríngea.

Los porcentajes de neumonía disminuyen cuando los equipos de enfermería de cuidados intensivos brindan ventilación mecánica a los pacientes intubados con cuidados bucales adecuados. Para evitar problemas en el futuro, se fomenta la labor de educación del paciente y de su familia en su conjunto.

Cualquier intervención sanitaria tiene como objetivo la prevención de enfermedades o infecciones que aumentan la calidad de vida del paciente y reducen los gastos médicos.

6 Bibliografía

-PÉREZ, I. M. y otros (2002): Déficit total o parcial de autocuidados en la higiene. Enfermería Clínica 2003.

-CARPENITO, L. J. (2002): Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9.ª edición. McGraw-Hill Interamericana.

Capítulo 199

HIGIENISTA BUCODENTAL Y LA CIRUGÍA DE IMPLANTES EN LOS CENTROS DE SALUD

ALEJANDRA SERRANO MOYA

SORAYA ALONSO LORENZO

MELISSA DOMÍNGUEZ ROLLÓN

YOLANDA HERNANDEZ GASCON

MERCEDES RUBIO RIVAS

1 Introducción

Definiremos los implantes antes de comenzar este estudio para establecer el contexto. La cirugía de implantes es un procedimiento que reemplaza las raíces de los dientes con postes hechos de metal que se asemejan a tornillos y reemplaza un diente faltante o enfermo con un diente artificial que tiene la misma estética y realiza la misma función que los dientes reales. Hay muchas técnicas quirúrgicas diferentes que se pueden utilizar. El principal beneficio de los implantes es su necesidad de un soporte fuerte y seguro, un procedimiento que requiere la curación del hueso que rodea el diente. Teniendo en cuenta que la curación lleva tiempo y puede tardar varios meses. Sin embargo, también podemos reflexionar por qué esto en particular. Para reemplazar las raíces de los implantes, generalmente se insertan en la mandíbula para los dientes que faltan Esto se debe a

que el titanio de los implantes se adhiere a la mandíbula; como resultado, los implantes no se moverán y no dañarán el hueso de la misma manera que lo hacen los puentes o las dentaduras postizas. De igual forma, se realizarán pruebas como una radiografía para determinar la idoneidad del paciente para la cirugía con el fin de determinar si se puede realizar este tipo de operación.

2 Objetivos

Difundir información sobre el campo de la implantología, el trabajo de los higienistas dentales y los beneficios e inconvenientes de este tipo de atención médica.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión sistemática 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.

4 Resultados

Llegaremos a una sección crucial después de definir los implantes, que se relaciona con el higienista dental. Se trata de una referencia a las funciones o responsabilidades que realiza el higienista de intervención quirúrgica, tales como:
- Visita a un dentista.
-Estar preparado con todos los materiales necesarios.
-Ayuda en el desarrollo de una comprensión más clara de la profesión.
-Mantener el área de trabajo limpia. Por otro lado, debe recordarse que, si bien la mayoría de los implantes tienen éxito, puede haber algunos riesgos y las cosas pueden salir mal, entre ellas el tabaco que es dañino cuando el implante no sale como se esperaba y se desarrollan complicaciones. Además, si el hueso no se fusiona como debería, sería necesario retirar el implante, limpiar el hueso y repetir el proceso en tres meses. Las malas condiciones del lecho óseo también pueden ser un factor contribuyente. Cuando el hueso que necesita para soportar el implante es de mala calidad por ser muy blando o muy duro, frecuentemente no se produce la osteointegración. Es especialmente desfavorable cuando el hueso es muy duro. Hay dos tipos diferentes de complicaciones en este aspecto:

Los primeros son los que se desarrollan con el tiempo, comenzando con la colocación del implante y continuando hasta que se construye el diente final.
Este período suele durar entre dos y tres meses, durante los cuales se endurece el hueso alrededor del implante.
-Complicaciones tardías: Suelen desarrollarse después de que el diente se ha fijado de forma permanente al implante y comienza a realizar la función masticatoria para la que fue diseñado.
La información demuestra las ventajas de tales operaciones, incluidas las que se enumeran a continuación:
-La apariencia: Teniendo en cuenta que los implantes se integran perfectamente en la encía y tienen una apariencia natural que se asemeja a la de los dientes naturales.
-Comodidad: porque se mejora mucho la masticación.
-Mejora la apariencia y la confianza en uno mismo.
-La vida útil: cuando se mantiene, cuida y mantiene adecuadamente a través de una buena higiene bucal, puede durar tanto como un diente natural. Los puentes, por ejemplo, dificultan el acceso porque no reemplazan los dientes de manera unitaria.
-Los implantes dentales: no provocan una mala higiene bucal, lo que aumenta el riesgo de caries. A diferencia de los puentes, que requieren tallar o reducir los dientes circundantes, los implantes no requieren el tratamiento de los dientes adyacentes.
-Tratamiento indoloro: Debido a que se utiliza anestesia local durante el procedimiento quirúrgico, el paciente apenas siente nada.
-Evitar dañar los dientes vecinos.
-Podemos comer con normalidad gracias a ellos.
- Los implantes se pueden colocar en un solo día.
-Ayuda en la protección de la mandíbula.
-Para prevenir la reabsorción ósea, no hay otra opción.
-Tratan a los pacientes con una tasa de éxito del 90%.
-Restablezca las funciones de los dientes naturales, si es necesario.
-Detener la pérdida ósea.
-Son fáciles de limpiar.

5 Discusión-Conclusión

España es uno de los países donde más implantes se colocan cada año, a pesar de la posibilidad de algunas complicaciones. Seis de cada diez personas en nue-

stro país ya lo eligen como procedimiento médico. Su tasa de éxito del 95% es buena. Como se ha discutido a lo largo de este capítulo, los datos demuestran las numerosas ventajas de este tipo de operación. Con respecto a sus roles en los procesos de implantología, los higienistas dentales deben estar adecuadamente educados y bien informados.

El principal beneficio de los implantes es su necesidad de un soporte fuerte y seguro, un procedimiento que requiere la curación del hueso que rodea el diente.

6 Bibliografía

-PÉREZ, I. M. y otros (2002): Déficit total o parcial de autocuidados en la higiene. Enfermería Clínica 2003.
-www.revistamedica.com
-www.google.com

Capítulo 200

RESPONSABILIDADES Y COMPETENCIAS DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

LORENA PIERNAS CARCELÉN

MARIA ISABEL NUÑEZ SAEZ

VALERIE GONZALEZ LOPEZ

AIDA MOROTE RAMÍREZ

MARIA MARIN GIL

1 Introducción

La utilización de imágenes médicas desempeña un papel fundamental en el proceso de diagnóstico, lo que ha llevado a la necesidad de profesionales especializados en la adquisición y el procesamiento de imágenes.
Los avances en el ámbito de la radiología y otras modalidades de diagnóstico por imágenes han permitido una mayor precisión y una visión más detallada del interior del cuerpo humano. Detrás de esta tecnología se encuentra el trabajo de los técnicos de imagen para el diagnóstico, que son profesionales especializados en la adquisición y procesamiento de imágenes médicas.
Los técnicos de imagen para el diagnóstico son responsables de llevar a cabo una serie de tareas críticas que garantizan la calidad y precisión de las imágenes utilizadas en el proceso de diagnóstico médico.

Su papel no se limita únicamente a operar los equipos de imagen, sino que también abarca responsabilidades que involucran la seguridad radiológica, la comunicación efectiva con el equipo médico y la aplicación de principios éticos y profesionales.
Se van a examinar en detalle las responsabilidades del técnico de imagen para el diagnóstico, centrándonos en su papel clave en la adquisición médicas de calidad. Se explorarán las tareas relacionadas con la selección y ajustes de los parámetros técnicos, el posicionamiento adecuado del paciente y el mantenimiento de la seguridad radiológica.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer las funciones y responsabilidades del técnico de imagen para el diagnóstico y las competencias que debe poseer para realizar un trabajo de calidad.

3 Metodología

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica y la consulta de fuentes confiables, se identificarán y discutirán las principales responsabilidades y competencias que los técnicos de imagen deben poseer para brindar un servicio de calidad en el ámbito de la radiología y otras modalidades de diagnóstico por imágenes.

4 Resultados

Las responsabilidades del técnico de imagen para el diagnóstico médico pueden variar ligeramente según el entorno de trabajo y las regulaciones específicas de cada país. Sin embargo, se van a presentar algunas responsabilidades comunes que suelen tener los técnicos de imagen en este campo.
Las responsabilidades generales del técnico son:
1. Adquisición de imágenes médicas:
- Asegurar la obtención de imágenes de alta calidad mediante la selección y ajuste adecuado de los parámetros técnicos del equipo de imagen.
- Posicionar correctamente al paciente y proporcionar las instrucciones necesarias para obtener las imágenes requeridas.

- Aplicar medidas de seguridad radiológica para minimizar la exposición a la radiación ionizante, tanto para el paciente como para el personal involucrado.
2. Preparación del equipo y del entorno de trabajo:
- Calibrar y mantener el equipo de imagen de manera regular para garantizar su correcto funcionamiento y precisión.
- Cumplir las normas de higiene y bioseguridad, asegurando la limpieza y desinfección adecuadas de los equipos y el entorno de trabajo.
3. Colaboración con el equipo médico:
- Comunicarse eficazmente con los radiólogos y otros profesionales de la salud para comprender las necesidades y los requisitos específicos de cada estudio.
- Integrarse en el proceso de diagnóstico, proporcionando información técnica relevante y colaborando estrechamente en la interpretación de imágenes.
4. Garantizar la privacidad y confidencialidad:
- Mantener la confidencialidad de la información y los registros del paciente de acuerdo con las regulaciones y políticas de protección de datos.
- Respetar y cumplir con los estándares éticos y legales relacionados con la privacidad y confidencialidad de la información médica.
5. Mantener registros precisos:
- Documentar adecuadamente la información relacionada con cada estudio realizado, incluyendo datos técnicos, descripciones de procedimientos y cualquier observación relevante.
6. Desarrollo profesional continuo:
- Mantenerse actualizado sobre los avances tecnológicos y las mejores prácticas en el campo de la imagen médica.
- Participar en programas de educación continua y capacitación para mejorar las habilidades técnicas y conocimientos necesarios para realizar el trabajo de manera efectiva.

5 Discusión-Conclusión

Las responsabilidades del técnico de imagen para el diagnóstico son vitales para asegurar la obtención de imágenes médicas de calidad y contribuir al proceso de diagnóstico de manera precisa y segura. El técnico desempeña un papel fundamental al seleccionar y ajustar los parámetros técnicos adecuados, posicionar al paciente de manera adecuada y garantizar la seguridad radiológica. También su colaboración efectiva con el equipo médico y su integración en el proceso de diagnóstico son esenciales para proporcionar información valiosa y contribuir a

la toma de decisiones clínicas. Su compromiso y competencia son fundamentales para garantizar resultados precisos y seguros en el diagnóstico médico.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/funciones-tecnico-imagen-servicio-radiodiagnostico/#::text=Las%20actividades%20propias%20de%20los,de%20las%20piezas%20de%20repuesto.
https://oposicionescastillalamancha.es/funciones-tecnico-radio-diagnostico-del-sescam/
https://www.campustraining.es/cursos/salud/tecnico-superior-imagen-diagnostico-medicina-nuclear/funciones/
https://www.ceuandalucia.es/wp/wp-content/uploads/2016/05/IDMN_objetivos2.pdf
https://www.fp-santagema.es/competencias-profesionales-de-un-tecnico-superior-en-imagen-para-el-diagnostico/
https://incual.educacion.gob.es/documents/20195/94271/SAN627_3+-+Q_Documento+publicado/694aec62-b906-47c4-a951-9126d0a6402f

Capítulo 201

LOS ARTEFACTOS EN RADIOLOGÍA

ENRIQUE DEL VALLE ÁLVAREZ

1 Introducción

La técnica radiológica es un procedimiento cuya finalidades obtener imágenes del interior del cuerpo mediante diferentes agentes físicos o campos magnéticos. Hoy en día existen diferentes métodos de diagnóstico a base de imágenes para detectar patologías de la manera más precisa posible. Las cuatro técnicas de imagen para el diagnóstico más utilizadas son la resonancia magnética, la ecografía, la radiografía simple y la tomografía computarizada. Empleándolas es común que puedan aparecer artefactos.
Un artefacto o artificio se define como una distorsión, adición o error en una imagen que no tiene correlato en el sujeto o región anatómica estudiada. Como término, deriva de las palabras latinas artis (artificial) y actum (efecto), y refiere a un efecto artificial que altera la calidad y fidelidad de una imagen, pudiendo encubrir una patología o crear hallazgos falsos.
En tomografía computada (TC) y resonancia magnética (RM), las distorsiones pueden ser numerosas.

También existen otros artefactos denominados artefactos tecnológicos que ocurren cuando hay un fallo en los sistemas electrónicos, las bobinas, el equipamiento, la jaula de Faraday, etc., con artificios geométricos sobre la imagen, suelen ser bastante frecuentes peros se solucionan facilmente con recalibraciones periódicas del sistema o la reparación por parte del servicio técnico del fabricante pueden solucionar esta alteración.

2 Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica sobre las distintas técnicas radiológicas, analizando una por una los artefactos más comunes y su incidencia sobre las técnicas radiológicas.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en diversas bases de datos, analizando las distintas publicaciones encontradas al respecto. Las bases más usadas fueron Medlineplus, Pubmed y Cinhal. En ocasiones las publicaciones eran sobre una técnica única, aunque se encontraron varias que se basaban en estudiar las 4 técnicas en conjunto, desde un punto de vista comparativo. Aunque finalmente se empleó sobre todo información de un libro, 'Fundamentos físicos y equipos'.

4 Resultados

Los artefactos y sus causas en las distintas técnicas son los siguientes:
Radiografía → Receptor-imágenes fantasma por chasis mal borrado; por mal uso del programa informático; a raíz del objeto por inadecuada selección del histograma, mala colimación.
TC → Por razones físicas por endurecimiento del haz, inhomogeneidad en eje z a raíz del movimiento inadecuado, ya sea del paciente o del sistema; por razones técnicas como error de linealidad o estabilidad. Un artefacto muy presente en TC es el endurecimiento del haz de rayos, se genera por la absorción preferencial de los fotones de baja energía del rayo en los tejidos. Este efecto es más pronunciado en áreas de gran atenuación y sucede cuando, al atravesar el haz de rayos, las estructuras encuentran transiciones muy marcadas de espesor y densidad.
En este caso, se aprecian líneas o bandas espiculadas e intercaladas, claras y oscuras, como una sombra debajo de las costillas o como un aumento de sombras espiculadas en el mediastino, la cintura escapular o la base del cráneo
RM → Por solapamiento por tener un campo de estudio estrecho; por truncamiento por reproducción inexacta de imagen; por desplazamiento químico por interacciones ferromagnéticas; por susceptibilidad magnética por distorsión del campo magnético; a veces también aparece un 'ángulo mágico' por las fibras paralelas que generan un ángulo de 55°; por interacción con elementos externos surge también el artefacto de cremallera.

Otros ocurren por movimientos de las estructuras durante la adquisición de las imágenes. Se los puede dividir en controlados (voluntarios) o fisiológicos (involuntarios) y estos últimos, a su vez, se clasifican en rítmicos/periódicos (latidos cardíacos, pulso, respiración) o no rítmicos (al azar, por ej. peristaltismo intestinal)

Ecografía⟶ la sombra acústica posterior que surge por estructuras reflectantes; la sombra por refracción por incidencia tangencial sobre superficies ovaladas; la cola de cometa por choque contra interfase estrecha y muy ecogénica; el refuerzo posterior por el paso a través de tejidos con poca resistencia acústica; imagen espejo por cambio brusco de ecogenicidad.

5 Discusión-Conclusión

En el Diagnóstico por Imágenes, la obtención de estudios de calidad es indispensable para establecer un diagnóstico preciso, diferenciar y no omitir patologías, describir certeramente un hallazgo y realizar su seguimiento. Por ello, es imprescindible que la imagen sea de excelencia, sin errores que perjudiquen el análisis, almacenamiento y posterior reevaluación.

Los artefactos o artificios plantean un problema grave. Ocasionalmente, pueden alterar la interpretación de las imágenes, simulando una condición patológica (pitfalls), por lo que, en caso de presentarse, hay que repetir el estudio con los inconvenientes que esto conlleva (reputación de la institución, espera del médico solicitante, riesgo de aparición de reacciones adversas, dudas diagnósticas, informe de patologías inexistentes, costos, etc.)

6 Bibliografía

-Ignacio Lopez Moranchel, Patricia Irene Maurelos Castell. Fundamentos físicos y equipos. 3ª edición. Madrid: Editorial Síntesis; 2019.
-https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007451.htm,
Imagenología y radiología. Medline Plus.

Capítulo 202

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA: EPSTEIN-BARR SEGUN EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

SILVIA JIMENEZ DIAZ

IRENE NAVALÓN VALIENTE

ABEL CANALES HERRAIZ

DOLORES MARTINEZ ESTELLÉS

SANDRA MARTINEZ GALLEGO

1 Introducción

El virus de Epstein-Barr (EBV) es un virus de ADN de doble cadena que infecta a los linfocitos B. Pertenece a la familia de los herpesvirus y se descubrió en 1964. Puede causar una variedad de enfermedades y se propaga principalmente a través de la saliva que contiene células epiteliales infectadas por el virus.[1][3] Cerca del 95 % de los adultos en todo el mundo han sido infectados con EBV. Es un agente causal de la mononucleosis infecciosa.

El virus de Epstein-Barr es un herpesvirus con ADN de doble cadena encerrado en proteínas. La envoltura del virus tiene glicoproteínas, que son importantes para la unión y entrada a las células huésped (células B y células epiteliales). El

EBV se dirige a las células B utilizando su maquinaria molecular para replicar el genoma viral. El virus hace que las células B se diferencien en células B de memoria, que luego pueden pasar al sistema circulatorio o volverse latentes hasta que un desencadenante provoque la reactivación.[1]

La transmisión del virus de Epstein-Barr ocurre de varias maneras, como besos profundos o compartir alimentos. Se encuentran niveles elevados de ADN viral en las secreciones salivales después de la infección inicial. Los niños pueden infectarse después de comer alimentos que ya hayan sido masticados por una persona infectada con EBV. La transmisión se ha producido a través del trasplante de células madre y órganos, así como a través de transfusiones de sangre.

2 Objetivos

Dar a conocer la enfermedad de la mononucleosis infecciosa.

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

Cuando el virus de Epstein-Barr (EBV) se introduce en la orofaringe, el virus comienza el proceso de replicación. Existe una predilección por la infección de las células B del tejido linfoide. La infección, posteriormente se va propagando a través del sistema linfático. El cuerpo reacciona desarrollando anticuerpos contra el virus. En el 90% o más de los casos, se producen anticuerpos heterófilos en respuesta a la infección por EBV. El EBV es una infección de por vida con reactivación periódica. En sistemas de respuesta inmunitaria deficientes, existe un pequeño riesgo de neoplasia maligna inducida por EBV, como el linfoma de Hodgkin.[4][5]

Como siempre, la evaluación inicial debe incluir la evaluación de las vías respiratorias para determinar que las vías respiratorias estén permeables y que no haya

una oclusión o compromiso inminente. En raras ocasiones, el absceso o el edema pueden impedir el mantenimiento adecuado de las vías respiratorias. Además, la determinación de la estabilidad hemodinámica es importante para descartar lesión esplénica concomitante o ruptura en la enfermedad aguda de mononucleosis. La evaluación de laboratorio con mayor frecuencia revelará linfocitosis, con un diferencial de linfocitos a menudo superior al 50%. La linfocitosis atípica de más del 10% se puede ver en el frotis de sangre. También se puede apreciar una leucocitosis generalizada y ocasionalmente trombocitopenia. Por lo general, no se necesitan imágenes en la evaluación de la mononucleosis. La prueba monospot (o anticuerpo heterófilo) para la mononucleosis es la prueba diagnóstica de elección y es casi 100% específica para la enfermedad. La sensibilidad de esta prueba está más cerca del 85%. Si el paciente está al principio de la enfermedad, la prueba puede ser falsamente negativa y debe repetirse más tarde durante el curso de la enfermedad. Si el diagnóstico no está claro, el paciente también debe someterse a una evaluación de infección estreptocócica mediante una prueba rápida de antígenos o un cultivo faríngeo.[6][7][8]

El tratamiento es generalmente de apoyo para la mononucleosis. Los medicamentos antipiréticos y antiinflamatorios ayudan a tratar la fiebre, el dolor de garganta y la fatiga general que se observa en esta enfermedad. También se debe fomentar la hidratación, el descanso y una buena ingesta nutricional. Los corticosteroides generalmente no se recomiendan en el tratamiento de rutina de la mononucleosis debido a preocupaciones con la inmunosupresión; sin embargo, en casos de obstrucción de las vías respiratorias, los corticosteroides (y la posible consulta de otorrinolaringología) están indicados junto con el manejo adecuado de las vías respiratorias. En los casos en que los antibióticos se han administrado de manera inapropiada en pacientes con mononucleosis, se puede desarrollar una erupción maculopapular generalizada. Clásicamente, esto ocurre después de la administración de amoxicilina, pero también se puede observar con otros antibióticos. Todos los atletas deben evitar los deportes durante el curso temprano de la enfermedad (aproximadamente tres semanas) debido a que se observó agrandamiento del bazo en aproximadamente el 50 % de los pacientes con mononucleosis y el riesgo asociado de ruptura del bazo.[9][10]
La evaluación de laboratorio con mayor frecuencia revelará linfocitosis, con un diferencial de linfocitos a menudo superior al 50%. La linfocitosis atípica de más del 10% se puede ver en el frotis de sangre. También se puede apreciar una leucocitosis generalizada y ocasionalmente trombocitopenia. Por lo general, no se necesitan imágenes en la evaluación de la mononucleosis.

5 Discusión-Conclusión

La mononucleosis suele cursar con cuadros leves. La incidencia de ingreso por síndrome mononucleósico en nuestra población es de 0,026/1000 habitantes/ año. El síntoma más frecuente fue la odinofagia (55%) y la fiebre (35%). La astenia ha mostrado ser, de forma significativa, un síntoma ligado a la mononucleosis por EP en nuestra muestra. La neutropenia, la trombocitopenia y la elevación de las transaminasas son los rasgos analíticos más distintivos de la mononucleosis infecciosa por EP en nuestra muestra.
La mayoría de los pacientes llevan tratamiento con antipiréticos y antiinflamatorios y en algunos casos corticoides. Hay que tener especialmente atención en el uso de antibióticos ya que, si su uso es inadecuado, pueden desarrollar enfermedades graves.

6 Bibliografía

1. Odumade OA, Hogquist KA, Balfour HH. Progress and problems in understanding and managing primary Epstein-Barr virus infections. Clin Microbiol Rev. 2011 Jan;24(1):193-209.
2. Womack J, Jimenez M. Common questions about infectious mononucleosis. Am Fam Physician. 2015 Mar 15;91(6):372-6.
3. Dunmire SK, Verghese PS, Balfour HH. Primary Epstein-Barr virus infection. J Clin Virol. 2018 May;102:84-92.
4. Burnard S, Lechner-Scott J, Scott RJ. EBV and MS: Major cause, minor contribution or red-herring? Mult Scler Relat Disord. 2017 Aug;16:24-30.
5. Womack J, Jimenez M. Common questions about infectious mononucleosis. Am Fam Physician. 2015 Mar 15;91(6):372-6.
6. Koester TM, Meece JK, Fritsche TR, Frost HM. Infectious Mononucleosis and Lyme Disease as Confounding Diagnoses: A Report of 2 Cases. Clin Med Res. 2018 Dec;16(3-4):66-68.
7. Kolesnik Y, Zharkova T, Rzhevskaya O, Kvaratskheliya T, Sorokina O. [CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL CRITERIA FOR THE ADVERSE COURSE OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS IN CHILDREN]. Georgian Med News. 2018 May;(278):132-138.
8. Li Y, George A, Arnaout S, Wang JP, Abraham GM. Splenic Infarction: An Under-recognized Complication of Infectious Mononucleosis? Open Forum Infect Dis. 2018 Mar;5(3):ofy041.

9. Vogler K, Schmidt LS. [Clinical manifestations of Epstein-Barr virus infection in children and adolescents]. Ugeskr Laeger. 2018 May 14;180(20).
10. Dunmire SK, Verghese PS, Balfour HH. Primary Epstein-Barr virus infection. J Clin Virol. 2018 May;102:84-92.

Capítulo 203

HIGIENISTA BUCODENTAL Y LOS DISTINTOS MÉTODOS QUE HAY PARA ESTERILIZAR CON EL AUTOCLAVE

ALEJANDRA SERRANO MOYA

MERCEDES RUBIO RIVAS

MELISSA DOMÍNGUEZ ROLLÓN

YOLANDA HERNANDEZ GASCON

1 Introducción

Comenzaremos este texto definiendo el término esterilización, que es el método utilizado para destruir o eliminar por completo toda la vida microbiana, incluidas las esporas. Para hacer esto, los autoclaves son recipientes grandes que se presurizan y calientan internamente para su uso en el proceso de esterilización. Dado que estas formas son más capaces de soportar con seguridad altas presiones, normalmente tienen forma cilíndrica o redondeada. Los autoclaves están hechos para contener materiales que se colocan dentro de ellos, después de lo cual se sujeta la tapa. Aunque hay muchos tipos diferentes de autoclaves disponibles en la actualidad para una amplia gama de aplicaciones, todos se utilizan principalmente para esterilizar herramientas y equipos.
En el campo de la medicina o la odontología, la esterilización de los materiales dentales es fundamental porque elimina todas las formas de vida microscópicas, reduciendo la posibilidad de transmisión de infecciones entre pacientes.

Para evitar poner en peligro la salud del paciente en el que se utilizarán los instrumentos, los utensilios dentales deben manipularse con cuidado y de manera especial antes de esterilizarlos. El técnico de higiene bucal, en este caso un profesional de la salud, asegura de esta forma un trabajo limpio, saludable y de calidad. Reutilizar el equipo y los suministros hechos para este propósito es el curso de acción más seguro.

2 Objetivos

Conocer como el técnico en higiene bucodental utiliza los diferentes métodos de esterilización que puede llevar a cabo con el autoclave en la sala de esterilización.

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En los hospitales, el técnico de higiene bucal podrá utilizar una variedad de técnicas de esterilización. En esta sección, comenzaremos diciendo que hay 3 zonas en la sala de esterilización:.

- Área contaminada: la vecindad del ultrasonido y la basura.
- La zona higiénica es donde limpiamos, secamos y lubricamos el material.
- Zona estéril: en esta zona realizaremos el proceso de esterilización en autoclave, así como la selladora para el envasado del material.

Comenzaremos a esterilizar el artículo una vez que lo hayamos ubicado en el área estéril y lo hayamos limpiado, desinfectado y empacado. Hoy en día existen varios métodos para esterilizar suministros dentales:

1. El primer método implica el uso de un autoclave de vapor, que utiliza la espora stearother-mophilobacillus a una temperatura de 56 grados centígrados. El único método que permite esterilizar turbinas, contra-ángulos y partes es la esterilización por vapor. Puede oxidar algunos metales (si los instrumentos no están hechos de acero inoxidable), lo cual es uno de los inconvenientes de usar este

método para esterilizar cosas, y el agua estéril que creó el vapor debe cambiarse todos los días para evitar daños en el autoclave.
2. El segundo y más conocido método consiste en utilizar una estufa Poupinel para secar el agua caliente. En este método de esterilización, el calor es generado por una resistencia, que calienta el aire y lo hace subir, esterilizando los instrumentos en su interior. Actualmente, este método se está volviendo cada vez menos popular a temperaturas de alrededor de 60oC. Estas son sus principales ventajas: Los materiales no se corroen, la estufa tiene una capacidad mayor que un autoclave de vapor y es un método asequible de esterilización. Su defecto principal es que lleva mucho tiempo y no puede esterilizar contra ángulos o turbinas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, este trabajo enfatiza la importancia de que el técnico en higiene bucal conozca a fondo y actualice continuamente sus conocimientos sobre limpieza, desinfección y esterilización de materiales dentales. Además, debe comprender los propósitos detrás de estos procedimientos, cómo operan y las medidas de seguridad que deben tomarse antes de aplicar cualquier método para lograr la mayor seguridad para sí mismo como profesional y brindar el mejor servicio en cuanto a limpieza y calidad al paciente que acude a la consulta dental a realizarse cualquier tipo de tratamiento de esterilización de los desarrollados en los apartados anteriores, para esterilizar el material de uso odontológico.

6 Bibliografía

-https://elautoclave.wordpress.com/category/estufa-poupinel/
-https://es.wikipedia.org/wiki/Autoclave

Capítulo 204

TURNICIDAD Y DETERIORO PERSONAL EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

LUCÍA GARCÍA GONZÁLEZ

RAQUEL SOLIS LOPEZ

ENMA SUÁREZ ALONSO

CINTHYA MORO FERNÁNDEZ

MANUELA PRADOS CANO

1 Introducción

La continua y permanente atención asistencial sanitaria a los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud obliga a las organizaciones sanitarias, y sobre todo los hospitales, a organizar sus profesionales de forma rotativa para poder atender esta exigencia de la salud pública.

Estos cronogramas organizativos del trabajo asistencial sanitario implican que los profesionales de los centros sanitarios (hospitales, centros asistenciales…) deban aplicar unos turnos de trabajo de forma rotativa, con horarios por turnos, horarios de guardias, horarios fuera de las horas normales del día, etc., que en muchos casos van en contra de los biorritmos (ritmos biológicos del cuerpo).

En estas rotaciones, los trabajadores van ocupando de forma intermitente el mismo puesto de trabajo, pero con diferentes horarios, lo que a nivel fisiológico y

mental genera diferentes tipos de desajustes, tanto a nivel personal, como a nivel social y familiar.
Los turnos horarios se suelen suceder de manera rotativa en mañanas, tardes y noches. El simple hecho de modificar el patrón sueño/vigilia, debido a las interrupciones crónicas del ritmo circadiano, genera en estos profesionales la aparición de desorden de sueño, y en consecuencia falta de concentración, problemas gastrointestinales por un mal horario alimentario, problemas cardio vasculares, problemas de cansancio, problemas físicos, etc.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar la literatura científica existente sobre la relación entre la existencia de turnos rotativos y la aparición de una situación de estrés en los profesionales del hospital que cumplen estos horarios discontinuos.

3 Metodología

Para la ejecución de nuestro objetivo, se realizó una búsqueda documental, bibliográfica en la literatura científica existente, de artículos y trabajos de investigación sobre el efecto de la turnicidad en la aparición del fenómeno del estrés en el personal del sector sanitario. Las principales fuentes de información han sido en páginas especializadas y científicas como Cochrane, Pubmed, Medline, Lilac.
Nuestra búsqueda se realizó entre los meses de enero 2023 y mayo 2023, y el intervalo aceptado de publicaciones ha sido entre el año 2001 y el año 2022.
Las palabras claves utilizadas en esta búsqueda documental han sido: turnos de trabajo, personal sanitario, estrés.
En una primera ronda se localizaron 26 trabajos a los que se les aplicaron unos criterios de inclusión/exclusión para nuestro estudio.

4 Resultados

Los principales datos obtenidos de esta selección documental sobre la relación entre los cronogramas con turnicidad rotativa y la generación de estrés en los profesionales de los centros sanitarios, serán los expuestos a continuación.
En una primera aproximación observamos que, dentro del grupo de profesionales del sector sanitario, los colectivos de enfermería y médico son los más afectados

por esta situación de cambios horarios por turnos.
En el grupo médico destacamos un serio aumento de situaciones de estrés que podemos identificar con una elevada tasa de suicidios, un importante consumo de fármacos psicotrópicos, un incremento de los accidentes de tráfico después de una guardia nocturna, etc.
El colectivo de enfermería también es muy afectado por esta situación de horarios rotativos, con alternancia de los turnos en los horarios de mañana, de tarde y de noche. Se puede observar un incremento en el cansancio y fatiga laboral, así como un importante descenso del rendimiento laboral, y la aparición de fallos en las técnicas y procedimientos propios de la profesión de enfermería. Esta situación de desgaste o de estrés es principalmente producida por el cambio de los biorritmos circadianos en los profesionales, generados por la alteración y discontinuidad de los horarios laborales, que son consecuentes de la turnicidad horaria.
En cuanto a los problemas biológicos identificados como consecuencias del estrés generado por la turnicidad rotativa, observamos en casi todos los colectivos de profesionales del hospital, unas consecuencias como problemas de conciliación del sueño, alteraciones alimentarias, trastornos musculoesqueléticos, etc.
Otro aspecto importante observado como consecuencia del estrés producido por la rotación de turnos es un importante incremento en la comisión de errores en la atención asistencial, muy frecuentemente en detrimento de los usuarios y pacientes, disminuyendo gravemente la calidad de la atención a la población usuaria de los centros sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Las organizaciones sanitarias, en un afán para dar una atención asistencial sanitaria eficaz y continuada, programan los horarios de su personal laboral en función de unos cronogramas con una importante variación horaria en los turnos propuestos.
Los turnos rotativos aplicados para el personal de la atención asistencial sanitaria son una de las principales causas de la aparición de situaciones de estrés entre estos profesionales.
Los desajustes horarios producidos por estos cronogramas favorecen la aparición de problemas como la conciliación de sueños, alteraciones alimentarias, trastornos biofísicos, etc. que son muy indicativos y favorecedores de la aparición del cansancio en el trabajo y del estrés laboral consecuente.
Los principales colectivos afectados por estas rotaciones horarios en los turnos laborales son los colectivos médicos y de enfermería, apareciendo una sería dis-

minución de la calidad laboral, e importante incremento de la comisión de errores asistencial, generando todo ello un descenso de la calidad en la asistencia sanitaria.

6 Bibliografía

Martínez, D t Sfredo, M. (2010). Circadian rhythm sleep disorder. Indian Journal of Medical Research, 141-149.
Mingote Adán JC. Síndrome "Burnout", Síndrome de desgate profesional: Monografía de Psiquiatría. 1977; 5: 1-44.
Moreno Jiménez B, González JL, Garrosa E, Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida, En: Buendía J, Ramos F. Empleo, estrés y salud. Madrid: Psicología Pirámide; 2001.
Portella Ribero, J; Pereira Rocha, L; Demutti Pimpao, F; Ruta Porto, A y Buss Thofehrn, M. implicaciones del ambiente en el desarrollo del proceso de trabajo de enfermería: una revisión integradora. Revista electrónica de Enfermería, Julio 2012, nº27, ISSN 1695-6141.
Ruiz de la F., M; Cifuentes M., MT; Segura B.,O; Chavarria S., P. y Sanhueza R., X. Estado nutricional de los trabajadores bajo turnos rotativos o permanentes. Rev Chil Nutr Vol.37, nº4, Diciembre 2010.
Triguero, M. Efectos del trabajo nocturno en trabajadores de la salud de un hospital publico universitario en la ciudad de Pinar de Río, Cuba. Psicología: Teoría y Práctica, 54-62.

Capítulo 205

TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO ANTE LA APLICACIÓN DEL ÍNDICE DE PROCTOR Y EL ÍNDICE MARSHALL EN EL DECAIMIENTO RADIACTIVO

GEMA VILLASEVIL LOPEZ

MERCEDES RUBIO RIVAS

ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO

CRISTINA DE LA CRUZ TORIJA

JOSÉ ANTONIO GÁLVEZ GUERRERO

1 Introducción

Analizamos la señalización, las zonas, el blindaje y las distancias de seguridad, así como otros factores, al analizar el requisito de un entorno seguro en presencia de radiación ionizante en los hospitales.
El tipo de entorno en el que nos movemos, es decir, el propio edificio y el sustrato sobre el que descansa, es crucial a la hora de utilizar equipos emisores de radiación y trabajar con ellos de acuerdo con técnicas estandarizadas.

El riesgo que supone para los profesionales se ve incrementado por una mala edificación o asentamiento, que puede dar lugar a incidentes y accidentes de diversa gravedad, diversos grados, la población en general y el medio ambiente.
Para asegurar que el edificio se asiente en las mejores condiciones y pueda operar en condiciones ideales de trabajo, es necesario determinar con precisión la humedad y densidades del ambiente donde se trabaja antes de avanzar con la instalación de un aparato de radiación ionizante destinado al diagnóstico y atención terapéutica de un paciente con las herramientas adecuadas. Al igual que se da importancia a las instalaciones de temperatura y luz, este punto es significativo.
El uso de fuentes radiactivas es actualmente una de las mejores formas de determinar, a través del índice de Proctor y el índice de Marshall, los grados de densidad requeridos al momento de compactar y evitar las malas condiciones en la construcción del edificio sanitario.

2 Objetivos

Explicar de forma rápida los principios de medición de la densidad (usando los índices de Proctor y Marshall) y la humedad por el técnico superior en imagen y diagnóstico.

3 Metodología

Se realizó una investigación exhaustiva y una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo de literatura científica publicada para desarrollar el presente trabajo. Se han consultado artículos de las siguientes bases de datos primarias: Los artículos científicos de revistas académicas que se han sometido a revisión por pares son elegidos por Medline, Scielo y Google Scholar.

4 Resultados

Utilizando el índice de Proctor, se puede evitar el nivel adecuado de compactación, previniendo tanto la compactación insuficiente como la excesiva. Por lo tanto, el índice de Marshall se utiliza para garantizar que el volumen total de las cavidades se mantenga dentro de los límites predeterminados.
Los densímetros atómicos se utilizan para medir la densidad, lo que implica que

se trata de radiación electromagnética. El cesio 137 es la fuente comúnmente empleada. Hay dos métodos diferentes para medir.
- El método de retrodispersión.
- Un medio de transmisión de radiación gamma.
La termalización de neutrones rápidos se utiliza para determinar la humedad. Los neutrones rápidos son producidos por una fuente isotrópica, típicamente partículas de americio 241 de alta energía, que reaccionan con partículas de berilo 9 para producir partículas de carbono 12 con exceso de energía. Normalmente, se requieren veinte colisiones aleatorias. El Índice Proctor ha sido renombrado como el Índice Proctor Modificado luego de sufrir algunos cambios para crear un mejor ambiente.
Los resultados de una aplicación efectiva de los Índices son:
- Un aumento de la capacidad del suelo para soportar peso. La resistencia del conjunto aumenta con la unión de partículas, lo cual es crucial, especialmente en pavimentos.
- Infiltración de agua dura. Esto es necesario porque el agua puede hacer que las partículas se arrastren. Además, la acumulación de agua dentro de las capas granulares puede ser extremadamente dañina, especialmente en áreas.
-Reduce la expansión y contracción del suelo. El agua puede entrar y acumularse más fácilmente cuando hay grietas en el suelo.
- Evita el hundimiento del suelo. Un suelo mal compactado puede provocar roturas y grietas en el sistema continuo, lo que podría provocar el derrumbe del edificio del hospital.
Técnicos Superiores en Imágenes para Diagnóstico y Medicina Nuclear hablan sobre los riesgos asociados con la eliminación de fuentes radiactivas de sus cubiertas protectoras, la deconstrucción inadecuada de instalaciones, la gestión inadecuada de desechos, el almacenamiento no controlado, el manejo inadecuado de equipos y, con mayor frecuencia, la inadecuación o Señalización inadecuada. Sin embargo, para la protección de estos profesionales también son necesarios el correcto blindaje de los edificios, la estanqueidad de las habitaciones, la adecuada compactación del suelo, y una adecuada ventilación e iluminación.
La amenaza a la seguridad física del profesional y de su entorno incluye a todos estos últimos.
Cuando se trata de fuentes de actividad radiactiva, se debe tener en cuenta tanto la situación global de la instalación como la instalación en su conjunto.
Es necesario seguir la normativa española y europea, en este caso porque ningún material o método constructivo es adecuado para realizar una instalación radiactiva.

5 Discusión-Conclusión

Si se toman una serie de precauciones, es posible reducir e incluso eliminar los riesgos que pueden experimentar los trabajadores que están a cargo de los equipos de radiación ionizante. Estas precauciones son necesarias para todo, desde la forma en que se construyen y sostienen las instalaciones hasta el equipo utilizado (Equipos de protección personal (EPP)) por el profesional. Un campo amplio y profundo está cubierto por la protección y la prevención. Se necesita coordinación y conciencia para poner todo junto y hacer que todo funcione, además de sensibilizar al profesional, ya sus superiores implica interesarse por el lugar de trabajo y asegurarse de que se cumplen todas las garantías.

6 Bibliografía

- www.mscbs.gob.es
- www.prlaborales.com

Capítulo 206

TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO Y SUS FUNCIONES ANTE LAS PRUEBAS PREOPERATORIAS ANTES DE UNA OPERACIÓN EN LOS HOSPITALES

MERCEDES RUBIO RIVAS

CRISTINA DE LA CRUZ TORIJA

JOSÉ ANTONIO GÁLVEZ GUERRERO

GEMA VILLASEVIL LOPEZ

ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO

1 Introducción

En el preoperatorio, que suele comenzar entre un mes y algunas semanas antes de la cirugía general, la radiografía de tórax se utiliza como una de las pruebas fundamentales, junto con los electrocardiogramas, pruebas serológicas, estudios renales y otras pruebas que solicite el especialista.
La prueba de diagnóstico por imágenes más común en las instalaciones médicas es la radiografía de tórax, también conocida como RX del tórax. Esta prueba produce una imagen muy detallada del corazón, de los pulmones y el sistema

respiratorio, así como detalles de los vasos sanguíneos y la estructura ósea de la caja torácica.
Es una prueba crucial que hace que los expertos y profesionales confirmen que estamos seguros para recibir esta intervención y que estamos en el lugar adecuado.
Independientemente de las patologías de base, la edad o cualquier otro factor de su historia clínica, muchos hospitales utilizan este estudio en todos los pacientes que se someten a una cirugía bajo anestesia general o raquídea, ser significativo y debe ser considerado antes del procedimiento porque, contrariamente a la creencia popular, no todas las situaciones requieren la inclusión de pruebas de diagnóstico por imagen, en algunos casos, pueden incluso ser perjudiciales para el paciente y deben evitarse.
Describiré a qué tipo de pacientes puede beneficiar ya cuáles no a lo largo de este capítulo.

2 Objetivos

Conocer a qué tipo de pacientes es útil y necesaria una radiografía de tórax como prueba preoperatoria antes de una operación.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.
Además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros, Scielo, Medline y Pubmed se utilizaron para consultar artículos de publicaciones académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Como resultado de esta investigación se ha encontrado que la serie de pruebas que componen el examen preoperatorio son cruciales en toda situación clínica previa a la cirugía porque nos dan conocimiento del estado de salud del paciente previo a la intervención, asegurando que el paciente recibe el mejor cuidado posible durante la anestesia así como la cirugía posterior.
La radiografía de tórax preoperatoria puede ser de ayuda en algunas situaciones de certeza, según los resultados de la búsqueda realizada en diversas fuentes,

consultando casos clínicos tanto en particular como en general.
Según una observación científica general, realizar esta radiografía en pacientes que no tenían síntomas previos o que no tenían patologías crónicas no significaba necesariamente que su situación clínica mejorara.
De esta forma y de acuerdo con los datos recogidos, se pueden distinguir los casos en los que sería informativo realizar este examen.
Según las características fisiológicas del paciente, se observa que aporta información que puede ser pertinente en personas que, por ejemplo, tengan alguna enfermedad cardiorrespiratoria de base, enfermedad respiratoria o cardíaca crónica, o que presenten determinados síntomas que nos hagan sospechar existe alguna anomalía a nivel torácico, ya sea cardíaco o respiratorio. También proporciona información que puede ser relevante en pacientes que fuman en exceso o que tienen 70 años o más.
Por lo tanto, lo ideal sería excluir a los pacientes que carecieran de cualquiera de los síntomas o condiciones antes mencionados. Además de lo ya comentado, puede ser interesante saber si el paciente va a ser operado de tórax.
Por último, la prueba que realiza el técnico superior en imagen y diagnóstico más común en las instalaciones médicas es la radiografía de tórax, también conocida como RX del tórax.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es fundamental que el técnico superior en imagen y diagnóstico consiga investigar la historia clínica de cada paciente antes de iniciar este estudio preoperatorio para conocer sus características y antecedentes y así poder distinguir los distintos tipos de estudios preoperatorios y realizarlos de forma individual y acorde a las características de cada persona.
Además, aunque las radiografías de tórax no tienen una dosis alta de radiación, la radiación aún puede acumularse en el propio cuerpo del paciente. Por estas razones, es crucial que esta prueba solo se realice cuando sea realmente necesario y lo indique el médico o especialista del paciente.

6 Bibliografía

-www.google.es
-www.revistamedica.com

Capítulo 207

EL ANÁLISIS DE MUESTRAS METALOGRÁFICAS EN LABORATORIO SEGÚN EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

ABEL CANALES HERRAIZ

SILVIA JIMENEZ DIAZ

DOLORES MARTINEZ ESTELLÉS

SANDRA MARTINEZ GALLEGO

IRENE NAVALÓN VALIENTE

1 Introducción

La metalografía es una técnica ampliamente utilizada en el campo de la ciencia de los materiales y la industria para evaluar la estructura y las propiedades de los metales. El análisis metalográfico es especialmente relevante en la investigación y control de calidad de materiales, así como en el diagnóstico de fallos en componentes metálicos.
El objetivo principal del análisis metalográfico es revelar la microestructura de un metal, es decir, la disposición y características de sus fases, granos, inclusiones

y defectos. Esto se logra mediante la preparación adecuada de muestras y su posterior examen bajo microscopía metalográfica.
En este contexto, los técnicos superiores sanitarios en laboratorio desempeñan un papel fundamental en la realización de análisis metalográficos en el laboratorio. Su formación les permite llevar a cabo de manera eficiente las diferentes etapas del proceso, como la preparación de muestras, el pulido, el ataque químico y el análisis microscópico.
El análisis de muestras metalográficas proporciona información crucial sobre la estructura interna de los metales, lo que permite comprender mejor su comportamiento mecánico, su resistencia, su durabilidad y su capacidad para soportar diferentes condiciones de uso. Además, el análisis metalográfico puede ayudar a identificar defectos de fabricación, determinar la calidad de un material y contribuir al desarrollo de nuevas aleaciones y tratamientos térmicos.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.
1. Identificar los trabajos y desempeños que realiza el técnico superior sanitario en laboratorio clínico en torno a las muestras metalográficas.
2. Observar las modalidades de análisis metalográficos clínicos que existen y sus abordajes de análisis.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas
Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico, SciELO y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre marzo de 2023 y julio de 2023.
Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (”metallographic samples ” OR “metallographic analysis” OR metallographic) AND (”health laboratory technician” OR “laboratory technician”. Hemos mantenido los mismos términos para las demás bases de datos consultadas.

4 Resultados

El análisis de muestras metalográficas en un laboratorio por parte de un Técnico Superior Sanitario en Laboratorio implica seguir un proceso específico para evaluar la estructura y las propiedades de los metales. Estas son algunas de las etapas clave involucradas en el análisis de muestras metalográficas:

• Preparación de la muestra: El proceso comienza con la preparación adecuada de la muestra metalográfica. Esto implica seleccionar una sección representativa del metal y realizar un montaje adecuado, que puede implicar la inclusión en resina o la preparación de una lámina delgada.

• Pulido: Después de montar la muestra, se lleva a cabo el pulido para obtener una superficie lisa y libre de imperfecciones. Esto implica el uso de abrasivos de diferentes tamaños de partículas para eliminar las capas superficiales dañadas y lograr un acabado fino.

• Ataque químico: Una vez pulida la muestra, se realiza un ataque químico para revelar la microestructura del metal. Se aplican reactivos específicos que pueden resaltar diferentes fases y estructuras presentes en el material.

• Microscopía: Después del ataque químico, se examina la muestra utilizando un microscopio metalográfico. Esto permite observar y analizar la microestructura del metal a diferentes aumentos. El técnico debe estar familiarizado con el manejo del microscopio y la interpretación de las imágenes obtenidas.

• Fotografía y documentación: Es importante documentar visualmente los hallazgos. Se pueden tomar fotografías de la microestructura utilizando cámaras acopladas al microscopio para su posterior análisis y registro.

• Análisis e interpretación: Una vez que se han obtenido las imágenes, el técnico debe analizar e interpretar los resultados. Esto puede implicar la identificación de las fases presentes, la evaluación de la distribución de las fases, la medición de las dimensiones y la identificación de cualquier defecto o anormalidad en la estructura del metal.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos indicar en nuestra revisión que es importante destacar que el análisis metalográfico, por parte del técnico superior en laboratorio, puede requerir equipos especializados, como microscopios metalográficos, equipos de pulido y preparación de muestras, así como conocimientos técnicos específicos. Los técnicos superiores sanitarios en laboratorio suelen recibir formación en estas técnicas y están capacitados para llevar a cabo el análisis de mues-

tras metalográficas de manera precisa y segura. Por último, se debe redactar un informe que resuma los resultados del análisis metalográfico. Este informe debe incluir detalles sobre la muestra, los métodos utilizados, los resultados obtenidos y las conclusiones derivadas del análisis.

6 Bibliografía

1. ZAMORA-PARRA, B., & Viedma-Robles, A. (2016). Máquinas hidráulicas. Teoría y Problemas. Colombia: Universidad Politécnica de Cartagena.
2. SEALS and RUBBER Technology. (10 de abril de 2021). Retenes y soluciones en sellado SKF. Información general. Obtenido de https://epidor.com/descargas/epidor-catalogo-retenes.pdf
STRUERS. (2008). ProntoPress-20 Instruction Manual. Canadá: Denmark.
3. GONZAGA, L., & Rodríguez, J. (15 de marzo de 2021). Elementos de control y señalización (luce piloto y pulsadores). Obtenido de Gonzaga & Rodríguez Cía. Ltda.: https://electricoindustrial.com.ec/2021/03/15/elementos-de-control-y-senalizacion/#content
4. ASIS-SANCHEZ, J. Administración de toma de decisiones en el uso de máquinas. México: Instituto Tecnológico de Matamoros. (2020).
5. FERNANDEZ-GONZALEZ, J. Manual de Fito depuración. Filtros de macrofitas en flotación. España: Proyecto LIFE. (2011).
6. GARCÍA, J. Bomba Hidráulica de Engranajes. España: Temarios Formativos Profesionales. (2013).

Capítulo 208

EL USO DEL AUTOCLAVE EN EL ENTORNO CLÍNICO Y HOSPITALARIO SEGÚN EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN LABORATORIO

DOLORES MARTINEZ ESTELLÉS

SILVIA JIMENEZ DIAZ

SANDRA MARTINEZ GALLEGO

IRENE NAVALÓN VALIENTE

ABEL CANALES HERRAIZ

1 Introducción

El autoclave es una herramienta fundamental en el entorno clínico y hospitalario para la esterilización de instrumentos y materiales utilizados en procedimientos médicos y quirúrgicos. El correcto manejo y uso del autoclave es responsabilidad del Técnico Superior Sanitario en Laboratorio, quien juega un papel crucial en asegurar la eficacia de la esterilización y mantener los estándares de seguridad y calidad en el laboratorio.

En esta introducción, exploraremos la importancia del autoclave en el entorno clínico y hospitalario, y el papel del Técnico Superior Sanitario en Laboratorio en su utilización adecuada.

El autoclave es una herramienta que utiliza vapor de agua a alta presión y temperatura para eliminar microorganismos y lograr la esterilización de los instrumentos y materiales médicos. Esta esterilización es esencial para prevenir infecciones y garantizar la seguridad de los pacientes y el personal médico.
El Técnico Superior Sanitario en Laboratorio desempeña un papel clave en el uso del autoclave. Su responsabilidad incluye la preparación adecuada de los instrumentos y materiales a esterilizar, la configuración correcta de los parámetros de esterilización, el mantenimiento y calibración periódica del autoclave, y el control de calidad para verificar la eficacia de la esterilización.
La seguridad es un aspecto fundamental en el manejo del autoclave, y el Técnico Superior Sanitario en Laboratorio se encarga de implementar y seguir las prácticas de seguridad adecuadas durante el proceso de esterilización. Esto incluye el manejo seguro de los materiales y el cumplimiento de las normas de seguridad para evitar riesgos asociados al calor y a la presión generada por el autoclave.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.
1. Identificar los trabajos y desempeños que realiza el técnico superior sanitario en laboratorio clínico en torno a la esterilización hospitalaria utilizando la autoclave.
2. Observar las modalidades de estilizaciones y sus procesos con el autoclave en el entorno sanitario.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas
Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico, SciELO y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre diciembre de 2022 y marzo de 2023.
Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (”sanitary autoclave sterilization” OR “autoclave sterilization” OR sterilization) AND (”health laboratory technician” OR “laboratory technician”. Hemos mantenido los mismos términos para las demás bases de datos consultadas.

4 Resultados

El uso del autoclave en el entorno clínico y hospitalario es una práctica común para la esterilización de instrumentos y materiales médicos. Como Técnico Superior Sanitario en Laboratorio, el manejo adecuado del autoclave es una responsabilidad importante. A continuación, se describen las aplicaciones y las responsabilidades del Técnico Superior Sanitario en relación con el uso del autoclave:

• Esterilización de instrumentos y materiales: El autoclave es utilizado para la esterilización de instrumentos médicos, equipos y materiales utilizados en procedimientos clínicos y quirúrgicos. Estos pueden incluir instrumentos quirúrgicos, material de sutura, envases y ropa de sala de operaciones, entre otros. El Técnico Superior Sanitario en Laboratorio es responsable de preparar adecuadamente los elementos a esterilizar, siguiendo los protocolos establecidos para asegurar la eficacia del proceso de esterilización.

• Mantenimiento y calibración del autoclave: El Técnico Superior Sanitario en Laboratorio tiene la responsabilidad de realizar el mantenimiento y la calibración periódica del autoclave. Esto incluye la verificación de la temperatura, la presión y otros parámetros clave para garantizar su correcto funcionamiento. También es responsable de realizar el seguimiento de los registros de calibración y mantener el autoclave en condiciones óptimas de trabajo.

• Seguridad y control de calidad: El Técnico Superior Sanitario en Laboratorio se asegura de que se sigan las prácticas de seguridad adecuadas durante el uso del autoclave. Esto incluye el manejo seguro de los materiales y la prevención de riesgos asociados al calor y a la presión generada por el autoclave. Además, el técnico realiza controles de calidad para verificar la eficacia de la esterilización, como el uso de indicadores biológicos y químicos para asegurar la eliminación de microorganismos y endosporas.

• Documentación y trazabilidad: Es responsabilidad del Técnico Superior Sanitario en Laboratorio llevar un registro detallado de todos los ciclos de esterilización realizados en el autoclave. Esto incluye información como la fecha, el tiempo de esterilización, la carga procesada y los resultados de los controles de calidad. Esta documentación es importante para la trazabilidad y para asegurar el cumplimiento de las normas y regulaciones aplicables.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el autoclave desempeña un papel crucial en la esterilización de instrumentos y materiales en el entorno clínico y hospitalario. El Técnico Supe-

rior Sanitario en Laboratorio es el responsable de garantizar el uso adecuado del autoclave, asegurando la esterilización eficaz, el cumplimiento de normas de seguridad y calidad, y la documentación precisa. Su labor contribuye a mantener la seguridad y la calidad en los procedimientos médicos y quirúrgicos, brindando protección a los pacientes y al personal médico en el entorno clínico y hospitalario.

Además, el Técnico Superior Sanitario en Laboratorio es responsable de mantener registros precisos y detallados de los ciclos de esterilización realizados en el autoclave, incluyendo información como la fecha, el tiempo de esterilización, la carga procesada y los resultados de los controles de calidad. Estos registros son esenciales para la trazabilidad y el cumplimiento de los estándares de calidad y regulaciones aplicables.

6 Bibliografía

1. Valero, A. S. (2016). Evaluación de los procedimientos para desinfección de limas endodónticas que realizan estudiantes de las clínicas odontológicas de la universidad de Santo Tomás. Bucaramanga, Colombia.

2. Vázquez Rodríguez, R. G.-G.-C. (2018). Vázquez Rodríguez, R. Gómez Suárez, A. Estany-Gestal, M.J. Mora Bermúdez, P. Var Control de la infección cruzada en los laboratorios de prótesis dental de Galicia. An. Sist. Sanit. Navar, Vol. 41, Nº 1, 75-82.

3. Guijarro, J. (2018). Verificación de los procesos de esterilización mediante indicadores biológicos en los equipos de consultorios dentales de San Luis Potosí primera etapa. San Luis Potosí., México.

4. Especialistas en esterilización y envase. (2019). Bolsas autosellantes para esterilizar. Obtenido de https://grupoeee.com/item/index/bolsas-autosellantespara-esterilizar-pmg-8

5. Espinoza, K. (2016). Evaluación bacteriológica en limas de endodoncia post esterilización antes de la preparación biomecánica en pacientes atendidos por alumnos del Vll ciclo en la Clínica Docente- Medico Odontológica de la universidad privada de Tacna. Tacna., Perú.

Capítulo 209

TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EN TUMORES CEREBRALES Y SU SEGUIMIENTO CON LA RESONANCIA MAGNÉTICA

MERCEDES RUBIO RIVAS

GEMA VILLASEVIL LOPEZ

JOSÉ ANTONIO GÁLVEZ GUERRERO

ANTONIO ENRIQUE GÁLVEZ GUERRERO

CRISTINA DE LA CRUZ TORIJA

1 Introducción

Como es el caso de los tumores cerebrales, la espectroscopia de resonancia magnética puede ser útil para monitorear a los pacientes y resolver situaciones en las que el tumor está progresando y los efectos de la radiación están presentes. Después de un curso de tratamiento, se utilizan imágenes de resonancia magnética avanzada para diferenciar entre el progreso real del tumor e interpretar las imágenes.

La radioterapia generalmente se usa para tratar el cáncer de cerebro, que requiere atención de seguimiento porque causa daño por radiación al tejido sano circundante.
Para comenzar otra terapia, como la lomustina, al paciente se le retira inicialmente la temozolomida, bien tolerada y frecuentemente efectiva.
Siempre que se produzca un empeoramiento de las imágenes en el campo de la radioterapia, se considera pseudoprogresión, según la Neuro-oncology Response Assessment, que aconseja una interpretación conservadora para los casos que hayan transcurrido tres meses desde la finalización de la radioterapia.
Cuando esto ocurre, la resonancia magnética puede ser una herramienta útil para distinguir entre los efectos del tratamiento y el crecimiento del tumor, la apariencia del tumor y la necrosis por radiación.
Hay inconvenientes con otras combinaciones, como la resonancia, y esperar una evolución positiva de la tecnología, frente a la necrosis tumoral progresiva y por radiación.

2 Objetivos

Conocer el tratamiento de tumores cerebrales mediante radioterapia por el técnico superior en imagen y diagnóstico y su seguimiento a través de la espectroscopia.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se emprendió un estudio consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizaron búsquedas sistemáticas en libros y artículos citados en las bases de datos más importantes: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El tratamiento con radioterapia es uno de los más comunes después de la evaluación de un proceso oncológico y el curso de acción recomendado.
Tras el diagnóstico de un tumor cerebral mediante marcadores, biopsia, radiografías, etc. Para intentar dar la respuesta más precisa posible, se realiza una evaluación y tratamiento.

Según la valoración inicial del tumor, la radioterapia es una de las opciones más utilizadas y la única forma de tratamiento.
Si bien requiere un cambio en la terapia que generalmente elimina al paciente de la temozolomida, que es bien tolerada y generalmente efectiva, para comenzar con otra terapia como la lomustina, se asocia con mejores resultados para el paciente. Aunque se necesita un estudio para evaluar su seguimiento particular o antes de otros potenciales, la reducción del tumor sería inicialmente el curso de acción correcto.
Hay muchos tipos diferentes de imágenes avanzadas, incluidas las que utilizan espectroscopia, como una técnica de resonancia magnética avanzada que combina la resonancia magnética nuclear para diferenciar moléculas con las propiedades de localización de las imágenes por resonancia magnética, permite la evaluación no invasiva de la composición del tejido, no requiere inyección Por el contrario, no usa radiación ionizante y tiene beneficios de seguridad obvios. Al comparar los tratamientos con la progresión del tumor, la apariencia, la pseudoprogresión o la necrosis por radiación retardada en las imágenes, esta puede ser una herramienta útil para distinguirlos.
Se requiere una biopsia quirúrgica de confirmación o imágenes de seguimiento después de 4 a 6 semanas debido a la apariencia superpuesta, lo que reduce la precisión del diagnóstico a entre 60 y 80 por ciento.
La estrategia podría mejorarse con el uso de espectroscopia, para prevenir la recurrencia que puede ocurrir en áreas cercanas no tratadas por los planes en tumores grado IV con dosis altas. radiación dirigida a la cavidad de resección con contraste residual.
Con la necesidad de la asistencia de un radiólogo o un tecnólogo, las imágenes pueden llevar mucho tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Como técnica de vanguardia, la espectroscopia de resonancia magnética permite el análisis molecular de toda la composición del tejido sin contraste ni radiación. Es crucial para el diagnóstico radiológico, el cuidado y la evaluación de pacientes con tumores cerebrales. La superposición de los resultados de la espectroscopia y la técnica restringe su precisión. Esta técnica manifiesta su mayor utilidad cuando se interpretan conjuntamente los resultados de la RM y otras técnicas de vanguardia.
Diferenciar el tumor de otra patología no neoplásica, determinar el grado del tumor y separar los efectos de la radiación de la recurrencia del tumor son las

aplicaciones más utilizadas de la espectroscopia de resonancia magnética en el tratamiento de tumores cerebrales.

6 Bibliografía

-www.google.es
-www.revistamedica.com

Capítulo 210

TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO Y EL PROCESO DEL PACIENTE ANTE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS EN RADIOLOGÍA

SORAYA ALONSO LORENZO

1 Introducción

Los ganglios linfáticos y los vasos pueden estar infectados, ser tumorales o inflamatorios; estas condiciones deben confirmarse más adelante con una investigación específica. Se puede usar un linfograma para identificar la hinchazón en el brazo o la pierna, así como las condiciones parasitarias como la filariasis (1).
La linfografía es un procedimiento que le permite ver los ganglios linfáticos, ya que son invisibles en las radiografías. La linfografía implica el uso de radiación ionizante (rayos X), una fluoroscopia o una fuente emisora continua de radiación ionizante, un medio de contraste y/o tinte, y una computadora para crear imágenes radiológicas de los ganglios linfáticos y los vasos que se están estudiando. El diagnóstico de patologías infecciosas, inflamatorias y/o tumorales de los vasos y ganglios linfáticos es posible mediante el examen de los ganglios linfáticos. Además, permite determinar si la permeabilidad de los conductos y realizar una investigación sobre la afectación de ganglios linfáticos neoplásicos.
El sistema inmunológico depende en gran medida de los ganglios linfáticos. En ellos se almacenan los glóbulos blancos que combaten las infecciones. También atrapan células cancerosas. Estos ganglios se encuentran por todo el cuerpo.
Nos referimos a linfografía isotópica cuando se utiliza ocasionalmente un radiofármaco para realizar un estudio en lugar de un medio de contraste. Es de

ayuda para el diagnóstico y seguimiento de alteraciones del sistema linfático, como la insuficiencia linfática, y posibilita el diagnóstico de sospecha de múltiples patologías de tipo.

2 Objetivos

Describir el procedimiento seguido por el técnico superior de imagen y diagnóstico en los centros de salud al examinar los ganglios linfáticos para radiología.

3 Metodología

Como parte de la investigación para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada. Las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, se han utilizado para seleccionar artículos y realizar una búsqueda exhaustiva de libros científicos que tienen conocimiento del tema del estudio.

4 Resultados

El procedimiento para este examen radiológico de los ganglios linfáticos es el siguiente:
1. Debe orinar antes de comenzar el estudio.
2. El paciente debe desvestirse, ponerse la bata y quitarse las joyas u otros artículos de metal.
3. Con una aguja muy fina, inyectamos una pequeña cantidad de contraste (tinte azul) entre los dedos de ambas manos o pies.
4. El paciente debe acostarse en la mesa de examen con la cara hacia arriba.
5. Si estamos mirando las extremidades inferiores, limpia los espacios entre los dedos de los pies. Si estamos mirando las extremidades superiores, limpia los espacios entre los dedos.
6. Se debe firmar el consentimiento informado.
7. En la parte superior de la mano o el pie, comienzan a aparecer finas líneas azuladas después de 15 minutos.
8. Luego, aparecerán diminutos vasos linfáticos dibujados.
9. Una vez administrado el contraste, se procede a realizar radiografías seriadas del territorio linfático en estudio.

10. Una vez que hemos localizado dos de estos vasos, uno en cada extremidad, anestesiamos la zona e insertamos un pequeño catéter para introducir gradualmente el contraste.
11. Con la ayuda de las imágenes que se muestran en el monitor de fluoroscopia, el técnico puede evaluar qué tan bien se distribuye el contraste.
12. El paciente debe regresar al centro 24 o 48 horas después para someterse a una nueva serie de radiografías.
13. Según el área de estudio, la prueba puede durar 60, 90 o 120 minutos.
14. El médico que ordenó la prueba recibirá un informe del radiólogo.
15. Puede ser excretado en la orina durante los primeros minutos dependiendo del contraste.
16. El paciente debe descansar una vez finalizado el estudio.
17. Con la ayuda de este examen, se puede programar una cirugía o una biopsia para determinar la etapa del cáncer y desarrollar una estrategia de tratamiento.
Los vasos linfáticos que los unen están conectados entre sí. Estos tubos transportan líquido que contiene glóbulos blancos dentro y fuera de los ganglios linfáticos. Linfa es el nombre de este líquido.

5 Discusión-Conclusión

El técnico superior en imagen y diagnóstico y el especialista mediante el uso de esta prueba, es posible realizar una cirugía simple y incluso reducir el riesgo para el paciente. Es posible que otros métodos de diagnóstico no reflejen con precisión cómo las pruebas de medicina nuclear pueden ayudar con el ejercicio y la actividad física.
Puede producirse inflamación o infección local en el sistema linfático y/o en el lugar de inyección del medio de contraste debido al paso de bacterias a través del catéter de estudio. Después de completar los exámenes anteriores, si encuentra fiebre, debe consultar inmediatamente a un médico para que lo examine.

6 Bibliografía

- www.cun.es.es.slideshare.net/linfografa

Capítulo 211

CÁNDIDA ALBICANS Y SU DIAGNÓSTICO EN EL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO

ISABEL ESMERALDA SÁNCHEZ CEPEDA

1 Introducción

Candida albicans es un hongo dimórfico cuya forma varía dependiendo la temperatura de crecimiento, a 37ºC en el huésped y a 25ºC se observa en la naturaleza como un hongo filamentoso. Esta considerado como un patógeno oportunista , ya que afecta generalmente cuando el individuo presenta un sistema inmunológico deficiente.

Respecto a sus características mas notables relacionada con su patogenicidad cabe destacar su versatilidad morfológica para presentarse en forma de levadura o en forma de hifas filamentosas.

Es un hongo que afecta a un porcentaje muy alto de la población al menos 1 vez en la vida. Además, según el lugar en el cual se desarrolle se denomina de diferentes maneras:

- En la vagina: un 75% de las mujeres sufren de patologías causadas por Candida albicans. Se denomina candidiasis y suele ir acompañada de otra patología que se conoce como vaginitis.
- En las aftas bucales: en zonas como la lengua o las encías. Se llama muguet.
- Piel: provocando intertrigo
- Uñas: dando lugar a la paroquinia y perionixis

Los síntomas que provoca son generalmente de carácter leve como picor, enrojecimiento, malestar… pero en personas con el sistema inmunológico débil puede provocar candidemia, una enfermedad sistémica mortal.

En el laboratorio, hay diferentes maneras de diagnosticas patologías provocadas por
Candida albicans. Es muy común ya que es un hongo que afecta a muchos pacientes.

2 Objetivos

Dar a conocer las pruebas para detectar Candida albicans en el laboratorio y saber las diferentes patologías que provoca. Conocer las pruebas a realizar para su detección.

3 Discusión-Conclusión

La Candida albicans es un organismo que da lugar a patologías y sintomatología leve, pero que en organismos inmunodeprimidos puede causar la muerte.
En la población, gran parte de individuos presentan un cuadro sintomatológico compatible con Candida alguna vez en su vida, pero el diagnostico efectivo y el correspondiente tratamiento hacen que la evolución sea rápida y buena.
Aunque no existen pruebas al alcance de la población para su detección, el personal de laboratorio conoce los protocolos a seguir para su detección favorecidos por ser pruebas rutinarias y esto provoca que su detección sea rápida.
El personal encargado de realizar estas pruebas será aquel que se encuentre en el área de microbiología.

4 Bibliografía

Bibliografía de la Torre, F. J. M., & Campoy, E. E. M. (2014). Manual para técnico superior de laboratorio clínico y biomédico.

Panizo, M. M., & Reviákina, V. (2001). Candida albicans y su efecto patógeno sobre las mucosas. Boletín Sociedad Venezolana de Microbiología, 21(2), 38–45. http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1315-25562001000200011&script=sci_arttext

Pardi Célis, G., Guilarte, C., & Cardozo, E. I. (s/f). DETECCIÓN DE CaNDIDa albICaNs EN PaCIENTEs CON CaNDIDIasIs PsEUDOMEMbRaNOsa DETECTION OF CaNDIDa albICaNS IN PaTIENTS WITH PSEUDOMEMbRaNOUS CaNDIDIaSIS. Edu.br. Recuperado el 12 de julio de 2023, de https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/setembro_dezembro_2008/unicid_20_3_1_2008_228_36.pdf

Pineda, G., Scollo, K., Santiso, G., Lehmann, E., & Arechavala, A. (2008). Aislamiento de Candida dubliniensis en distintos materiales clínicos: Análisis de métodos fenotípicos de diferenciación con Candida albicans. Revista Argentina de microbiologia, 40(4), 211–217. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-75412008000400006&script=sci_arttext&tlng=pt

Capítulo 212

EL BRUXISMO Y LA ASISTENCIA DEL HIGIENISTA BUCODENTAL

YOLANDA MERAYO BLANCO

1 Introducción

El bruxismo es una conducta que la persona realiza de forma inconsciente que consiste en rechinar o apretar las piezas dentales unas contra otras. Los síntomas del bruxismo pueden ser cefaleas, dolores musculares en la mandíbula, cuello y oídos. El bruxismo puede hacer que las piezas dentales se desgasten más rápido y puede ser desagradable para las personas que padecen misofonía.

Afecta tanto a hombres como a las mujeres y a niños y adultos pero es habitual su comienzo en personas entre los 17 y 20 años de edad, suele terminar a la edad aproximadamente de 40 años pero puede desaparecer en cualquier momento a lo largo de la vida de la persona.

Los pacientes que padecen el síndrome Prader-willi sufren de bruxismo desde que son muy pequeños.

En muchas ocasiones, el dentista suele dar una férula de descarga para cuando la persona se vaya a la cama se ponga la férula transparente y por la noche no rechine tanto los dientes.

Puede darse por emociones de forma intensa como episodios de ansiedad, estrés, ira, enfado o frustración o tensión. Debe ser diagnosticado por el dentista una vez que el paciente acude a la clínica por ciertos síntomas que sufre.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo de investigación es saber cuáles son las funciones del higienista bucodental en cuanto al bruxismo.

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

El bruxismo puede clasificarse en diferentes tipos según el rechinamiento de dientes que tenga la persona:
-Céntrico: se debe por apretar, afecta al cuello de los dientes causando daños y los premolares son las piezas dentales que más frecuentemente pueden estar dañadas debido a la inclinación de la corona. Incluye dolores de cabeza debido a la tensión.
-Excéntrico: se debe por el frotamiento, genera daños en los incisales y oclusales provocando dolor en diferentes niveles. Los movimientos de la mandíbula tienen una forma definida que se caracteriza por el desgaste de las piezas influyendo mayormente a los incisivos.
Puede darse el caso de que el paciente padezca los dos tipos de bruxismo pero hay veces que no suelen presenciarse dependiendo de la intensidad o episodios. Puede ser confundido con otras lesiones provocados por un mal cepillado.

Según el momento puede ser de sueño o de vigilia.
-De sueño: suele darse mientras la persona duerme. No es consciente la persona y lo sabe gracias a las personas que les rodea por el ruido que causa con el rechinamiento de dientes y también el dentista puede observar el desgaste del esmalte. En un período de ocho horas de sueño, las crisis suelen durar entre 17 o 38 minutos aproximadamente de promedio nocturno.

-De vigilia: suele darse por la mañana de forma sin ser consciente de ello por episodios de estrés.

El higienista dental puede realizar las siguientes funciones:
-Dar flúor en los dientes del paciente.
-Pulir los empastes.
-Realizar una campaña informativa o dar una educación del cuidador bucodental.
-Tratar las enfermedades del periodonto.
-Enseñar tácticas para controlar la placa bacteriana.
-Uso de selladores de fisuras y de fosas.
-Recomendar prácticas para llevar a cabo.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro sobre el bruxismo, se debe de tener en cuenta que la mejor solución son férulas de descarga que sería una de las soluciones más efectivas para combatir este problema.
Deben de ser recetadas por el dentista. Por ello debemos de seguir y hacer caso a las campañas informativas sobre adquirir hábitos saludables para un buen cuidado de la boca para evitar en la medida de lo posible todo tipo de enfermedades que afecten a nuestra salud bucodental pudiendo generar enfermedades a mayores.
Nos debemos de poner en manos de los profesionales y realizar revisiones anuales para asegurarnos de que todo esté bien.

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 2023-07-12]. 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 12 jul. 2023.

Capítulo 213

TÉCNICO DE RAYOS EN SUS FUNCIONES DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA ABDOMINAL

RUBEN MERINO PAJARES

JAVIER RODRÍGUEZ SALAMANCA

ÁLVARO JIMÉNEZ GONZÁLEZ

ROBERTO RAMOS RODRIGO

LORENA RAMIRO CARRASCO

1 Introducción

La tomografía computarizada de abdomen, también conocida como TC abdominal, es una técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza rayos X y computadoras para obtener imágenes detalladas del abdomen y las estructuras internas.

Durante el procedimiento, el paciente se acuesta en una mesa que se desliza hacia adentro y hacia afuera del escáner en forma de anillo. El equipo de TC emite una serie de rayos X en forma de haces delgados mientras gira alrededor del cuerpo, capturando múltiples imágenes transversales del abdomen en diferentes ángulos. Estas imágenes se procesan por una computadora para crear imágenes 2D o 3D detalladas de los órganos abdominales, incluyendo el hígado, los riñones, el bazo, el páncreas, los intestinos y los vasos sanguíneos.

La TC abdominal es una herramienta de diagnóstico muy valiosa porque puede detectar y evaluar una amplia variedad de afecciones abdominales, como tumores, inflamación, infecciones, cálculos renales, obstrucciones intestinales, aneurismas, abscesos y enfermedades del hígado. También puede proporcionar información precisa sobre la extensión de un tumor o lesión, lo que ayuda en la planificación del tratamiento.

Antes del examen, es posible que se administre un medio de contraste oral o intravenoso para mejorar la visualización de ciertos órganos o estructuras. El procedimiento en sí es indoloro y generalmente dura unos minutos. Sin embargo, algunos pacientes pueden experimentar una sensación de incomodidad debido a la necesidad de permanecer inmóviles durante el escaneo.

La TC abdominal es una herramienta diagnóstica ampliamente utilizada en la medicina, permitiendo a los médicos obtener imágenes detalladas del abdomen para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de diversas condiciones y enfermedades. Es importante seguir las instrucciones del médico y equipo médico antes, durante y después del examen para garantizar resultados precisos y seguros.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del técnico de rayos a la hora de realizar la tomografía computerizada abdominal.

3 Metodología

Para realizar la elaboración de esta publicación se han tenido en cuenta los buscadores indexados más comunes en este tipo de investigación, siendo los más empleados PUBMED y SCIELO de los cuales, se hizo una posterior selección concienzuda para realizar este capítulo.

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como tecnólogo radiológico o tecnólogo en tomografía computarizada (TC), juega un papel crucial en la realización de una tomografía computarizada abdominal. Sus funciones son variadas y esencialmente se encargan de garantizar la seguridad y comodidad del paciente, operar

el equipo de TC y colaborar con el equipo médico. A continuación, se detallan algunas de las funciones principales del técnico de rayos en la tomografía computarizada abdominal:

Preparación del paciente: El técnico de rayos se encarga de preparar al paciente antes del escaneo. Esto puede incluir explicar el procedimiento, responder preguntas y asegurarse de que el paciente comprenda las instrucciones. Además, se realiza la preparación física del paciente, como colocarlos en la posición adecuada y asegurarse de que no haya objetos metálicos que puedan interferir con el escaneo.

Asegurar la seguridad del paciente: El técnico de rayos debe seguir estrictamente los protocolos de seguridad, como utilizar delantal de plomo para protegerse de la radiación, asegurarse de que el equipo esté en condiciones adecuadas y ajustar los parámetros del escáner para limitar la dosis de radiación al mínimo necesario.

Operación del equipo: El técnico de rayos es responsable de operar el equipo de TC de manera precisa y eficiente. Esto incluye configurar los parámetros del escáner de acuerdo con las indicaciones médicas, posicionar y mover la mesa del paciente, así como programar y realizar el escaneo abdominal según el protocolo establecido.

Colaboración con el equipo médico: Durante el procedimiento, el técnico de rayos trabaja en estrecha colaboración con el radiólogo u otros profesionales médicos. Pueden asistir al médico durante el escaneo, comunicar cualquier problema o preocupación y asegurarse de que se capturen las imágenes necesarias.

Registro y documentación: Es responsabilidad del técnico de rayos mantener registros precisos de cada procedimiento realizado. Esto implica registrar información relevante del paciente, los parámetros del escáner utilizados, el uso de medios de contraste, así como cualquier incidente o reacción adversa durante el escaneo.

Mantenimiento y calidad del equipo: El técnico de rayos también puede ser responsable del mantenimiento básico del equipo de TC, como limpieza y calibración, además de colaborar en el control de calidad y garantizar que el equipo funcione correctamente para obtener imágenes de alta calidad.

El técnico de rayos desempeña un papel esencial en la realización de una tomografía computarizada abdominal. Su trabajo consiste en preparar al paciente, operar el equipo de TC, garantizar la seguridad y colaborar con el equipo médico

para obtener imágenes de alta calidad que ayuden en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Su competencia técnica y atención al detalle son fundamentales para el éxito del procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

La actitud del técnico de rayos es de suma importancia en la realización de una tomografía computarizada abdominal. Una actitud positiva, amable y empática contribuye a generar un ambiente de confianza y comodidad para el paciente, lo que puede reducir la ansiedad y mejorar la experiencia global. Además, una buena actitud promueve la colaboración efectiva con el equipo médico, facilitando la comunicación y el trabajo en equipo. El técnico de rayos también puede enfrentar situaciones difíciles durante el escaneo, como pacientes nerviosos o con movilidad limitada, y una actitud comprensiva y paciente puede ayudar a superar estos desafíos de manera efectiva. En última instancia, una buena actitud del técnico de rayos no solo impacta positivamente en la calidad del procedimiento, sino también en la satisfacción del paciente y su percepción del cuidado recibido.

6 Bibliografía

Thomas, C. D., Valdez, E. H., Moreno, T. M. E., & Siguas, R. E. P. (2017). Pasado y presente de la función enfermera en el acto del cuidado. Peruvian Journal of Health Care and Global Health, 1(1), 49-54.

Capítulo 214

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL

RUBEN MERINO PAJARES

JAVIER RODRÍGUEZ SALAMANCA

ÁLVARO JIMÉNEZ GONZÁLEZ

ROBERTO RAMOS RODRIGO

LORENA RAMIRO CARRASCO

1 Introducción

La ecografía abdominal, también conocida como ultrasonido abdominal, es una técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes en tiempo real de los órganos y estructuras del abdomen.

Durante el procedimiento, se aplica un gel conductor en el área abdominal y se desliza suavemente un transductor sobre la piel. El transductor emite ondas sonoras que penetran en el cuerpo y rebotan en los tejidos y órganos internos. Estos ecos son recogidos por el transductor y se transforman en imágenes en el monitor del equipo de ultrasonido.

La ecografía abdominal permite visualizar órganos como el hígado, los riñones, el bazo, la vesícula biliar, el páncreas, los intestinos y los vasos sanguíneos abdominales. También puede proporcionar información sobre la presencia de masas,

cálculos, inflamación, líquidos anormales u otras anomalías en los órganos o tejidos.

Es una técnica no invasiva, indolora y segura, que no utiliza radiación ionizante. Además, es ampliamente accesible y puede realizarse en consultorios médicos, clínicas y hospitales.

La ecografía abdominal se utiliza para diagnosticar y evaluar diversas afecciones, como enfermedades hepáticas, enfermedades renales, apendicitis, enfermedades de la vesícula biliar, obstrucciones intestinales, tumores y anormalidades vasculares. También se utiliza durante el seguimiento de tratamientos y para guiar procedimientos intervencionistas, como biopsias o drenajes.

2 Objetivos

Un equipo de técnicos de rayos se ha reunido con el objetivo de explicar de forma fácil y sencilla en que consiste las distintas tareas que realizan en su puesto de trabajo

3 Metodología

Para realizar la elaboración de esta publicación se han tenido en cuenta los buscadores indexados más comunes en este tipo de investigación, siendo los más empleados PUBMED y SCIELO de los cuales, se hizo una posterior selección concienzuda para realizar este capítulo.

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como tecnólogo radiológico o tecnólogo en ultrasonido, desempeña un papel esencial en la realización de una ecografía abdominal. Sus funciones incluyen la preparación del paciente, la operación del equipo de ultrasonido, la colaboración con el equipo médico y el mantenimiento del registro adecuado. A continuación, se detallan algunas de las funciones principales del técnico de rayos en la ecografía abdominal:

Preparación del paciente: El técnico de rayos se encarga de preparar al paciente para la ecografía abdominal. Esto implica explicar el procedimiento, proporcionar instrucciones claras y responder a las preguntas y preocupaciones del

paciente. También se asegura de que el área abdominal esté accesible y bien lubricada con un gel conductor antes de comenzar el estudio.

Operación del equipo de ultrasonido: El técnico de rayos es responsable de operar el equipo de ultrasonido de manera precisa y eficiente. Esto incluye seleccionar el modo de imagen adecuado, ajustar los parámetros del ultrasonido, como la frecuencia y la ganancia, y realizar movimientos y ajustes del transductor para obtener las mejores imágenes posibles de los órganos abdominales.

Colaboración con el equipo médico: Durante el procedimiento, el técnico de rayos trabaja en estrecha colaboración con el médico radiólogo u otros profesionales médicos. Pueden asistir al médico durante la ecografía, proporcionar información relevante sobre las imágenes obtenidas y colaborar en la identificación y localización de estructuras anatómicas.

Registro y documentación: Es responsabilidad del técnico de rayos mantener registros precisos de cada ecografía abdominal realizada. Esto implica registrar información del paciente, detalles técnicos de la exploración (como ajustes del equipo y protocolos utilizados), así como cualquier hallazgo relevante identificado durante el estudio. El técnico también puede colaborar en la elaboración de informes escritos o digitales para su revisión por parte del médico radiólogo.

Mantenimiento y calidad del equipo: El técnico de rayos puede encargarse del mantenimiento básico del equipo de ultrasonido, como limpieza y calibración regular. Además, pueden participar en los programas de control de calidad para garantizar el rendimiento óptimo del equipo y la obtención de imágenes de alta calidad.

La competencia técnica, la atención al detalle y la capacidad de comunicación del técnico de rayos son fundamentales para obtener imágenes precisas y de calidad en una ecografía abdominal. Su colaboración efectiva con el equipo médico contribuye a un diagnóstico y tratamiento adecuados de las condiciones abdominales, y su enfoque en el cuidado y comodidad del paciente ayuda a proporcionar una experiencia positiva durante el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

Un consejo importante para realizar una ecografía abdominal de manera efectiva es asegurarse de contar con un ambiente tranquilo y cómodo para el paciente. Esto implica mantener una comunicación clara y empática, brindar instrucciones

claras y tranquilizar al paciente durante todo el procedimiento. Además, es esencial tener un enfoque metódico y cuidadoso al mover y ajustar el transductor para obtener las mejores imágenes posibles. La cooperación y comunicación fluida con el equipo médico también son clave. Asimismo, realizar una revisión exhaustiva de las imágenes obtenidas y tomar nota de cualquier hallazgo relevante ayudará a proporcionar un informe preciso. La paciencia, la atención a los detalles y el respeto por la comodidad y privacidad del paciente son pilares fundamentales para una buena práctica en la realización de una ecografía abdominal.

6 Bibliografía

Thomas, C. D., Valdez, E. H., Moreno, T. M. E., & Siguas, R. E. P. (2017). Pasado y presente de la función enfermera en el acto del cuidado. Peruvian Journal of Health Care and Global Health, 1(1), 49-54.

Capítulo 215

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA ABDOMINAL

RUBEN MERINO PAJARES

JAVIER RODRÍGUEZ SALAMANCA

ÁLVARO JIMÉNEZ GONZÁLEZ

ROBERTO RAMOS RODRIGO

LORENA RAMIRO CARRASCO

1 Introducción

La radiografía abdominal es un procedimiento de diagnóstico por imágenes que utiliza rayos X para obtener imágenes de los órganos y estructuras abdominales. Durante el examen, el paciente se coloca en una posición específica y se toman imágenes radiográficas desde diferentes ángulos.

El objetivo de una radiografía abdominal es evaluar los órganos del abdomen, como el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso, el hígado, el bazo y los riñones. También puede detectar la presencia de cálculos renales, obstrucciones intestinales, tumores o anormalidades en los órganos internos.

Para realizar una radiografía abdominal, el paciente se coloca de pie o acostado en una mesa radiográfica. Se pueden tomar imágenes en diferentes proyecciones,

como la proyección anteroposterior (de frente hacia atrás) o la proyección lateral (de lado). Se utiliza un equipo de rayos X que emite una pequeña cantidad de radiación para capturar las imágenes.

Es importante señalar que durante el examen, el técnico de rayos X se retira de la sala para reducir su exposición a la radiación. Sin embargo, se comunica con el paciente a través de un intercomunicador y le da instrucciones para mantener una posición adecuada y una respiración suspendida temporalmente para obtener imágenes más claras.

Una vez que se han tomado las imágenes, se procesan y se entregan al médico radiólogo, quien las interpretará y emitirá un informe. El médico puede identificar cualquier anormalidad o afección basándose en las imágenes radiográficas.

La radiografía abdominal es un procedimiento rápido y relativamente sencillo, pero puede ser de gran ayuda en el diagnóstico y seguimiento de diversas afecciones abdominales. Sin embargo, debido a la exposición a la radiación, se debe tener precaución y limitar su uso a situaciones en las que los beneficios superen los riesgos potenciales.

2 Objetivos

Un equipo de técnicos de rayos se ha reunido con el objetivo de explicar de forma fácil y sencilla en que consiste las distintas tareas que realizan en su puesto de trabajo.

3 Metodología

Para realizar la elaboración de esta publicación se han tenido en cuenta los buscadores indexados más comunes en este tipo de investigación, siendo los más empleados PUBMED y SCIELO de los cuales, se hizo una posterior selección concienzuda para realizar este capítulo.

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como tecnólogo radiológico o tecnólogo en radiografía, juega un papel crucial en la realización de una radiografía abdominal. Sus funciones son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente,

obtener imágenes de alta calidad y colaborar con el equipo médico. A continuación, se detallan algunas de las funciones principales del técnico de rayos en la realización de una radiografía abdominal:

Preparación del paciente: El técnico de rayos se encarga de preparar al paciente para la radiografía abdominal. Esto incluye explicar el procedimiento, asegurarse de que el área abdominal esté accesible y cómoda, y responder a las preguntas y preocupaciones del paciente.

Posicionamiento del paciente: El técnico de rayos posiciona al paciente de manera adecuada para obtener las imágenes radiográficas necesarias. Esto implica colocar al paciente en la posición requerida, como de pie o acostado en una mesa radiográfica, y asegurarse de que esté alineado correctamente con el equipo de rayos X.

Ajuste de los parámetros del equipo: El técnico de rayos configura los parámetros del equipo de rayos X para obtener imágenes de alta calidad. Esto incluye seleccionar la técnica de exposición apropiada, como la energía y el tiempo de exposición, para lograr una imagen clara y nítida del abdomen.

Protección radiológica: Es responsabilidad del técnico de rayos garantizar la protección radiológica tanto para el paciente como para ellos mismos. Esto implica el uso adecuado de delantales de plomo, protectores de tiroides y otros dispositivos de protección, así como seguir los protocolos de seguridad y minimizar la exposición a la radiación.

Colaboración con el equipo médico: Durante el procedimiento, el técnico de rayos colabora estrechamente con el médico radiólogo u otros profesionales médicos. Pueden asistir al médico durante la radiografía, comunicar cualquier información relevante, ajustar la posición del paciente según las indicaciones del médico y colaborar en la obtención de imágenes de calidad.

Registro y documentación: Es responsabilidad del técnico de rayos mantener registros precisos de cada radiografía abdominal realizada. Esto incluye información del paciente, detalles técnicos de la exposición, como los parámetros del equipo y la técnica utilizada, así como cualquier observación o hallazgo relevante.

Además de estas funciones principales, el técnico de rayos también puede ser responsable del mantenimiento básico del equipo de rayos X, como la limpieza y el control de calidad regular, para garantizar un rendimiento óptimo y la obtención de imágenes de alta calidad.

El técnico de rayos desempeña un papel esencial en la realización de una radiografía abdominal. Su competencia técnica, atención al detalle y colaboración efectiva con el equipo médico son fundamentales para obtener imágenes de calidad, garantizar la seguridad del paciente y contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuados de las afecciones abdominales.

5 Discusión-Conclusión

Una buena práctica del técnico de rayos en la realización de una radiografía simple es asegurarse de seguir los principios de protección radiológica. Esto implica tomar todas las medidas necesarias para minimizar la exposición a la radiación tanto para el paciente como para el propio técnico. Se deben utilizar los dispositivos de protección adecuados, como delantales de plomo y protectores de tiroides. Además, es importante optimizar los parámetros de exposición para obtener imágenes de alta calidad con la menor dosis de radiación posible. Mantener una comunicación clara y calmada con el paciente, explicar el procedimiento y garantizar su comodidad también son aspectos esenciales de una buena práctica en la realización de una radiografía simple.

6 Bibliografía

Esperón, T., & Maricela, J. (2004). Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. Revista cubana de salud pública, 30(4), 0-0.

Capítulo 216

ACTUALIZACIONES DEL CAPÍTULO 7 DE LA CIE-10

JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO

1 Introducción

El Capítulo 7 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) está dedicado a las enfermedades del ojo y sus anejos. Este capítulo cubre una variedad de trastornos que afectan el ojo y las estructuras circundantes, incluidas la conjuntiva, la córnea, la retina, la esclerótica, el iris y el cristalino.

Las enfermedades del ojo y sus apéndices pueden ser causadas por una variedad de causas, incluidas infecciones, enfermedades autoinmunes, enfermedades genéticas, traumatismos y otros factores ambientales. Estos trastornos pueden afectar significativamente la calidad de vida de una persona y, en algunos casos, provocar la pérdida de la visión. ICD-10 proporciona un sistema de referencia para codificar los trastornos del ojo y sus apéndices. La codificación es un proceso importante para gestionar datos médicos e informes estadísticos sobre la incidencia y prevalencia de enfermedades. La codificación precisa y uniforme de las enfermedades oculares y sus comorbilidades es esencial para un tratamiento médico eficaz, así como para la investigación clínica y epidemiológica.

Un estándar de codificación importante en el Capítulo 7 de la CIE-10 es el uso de códigos especiales para describir la ubicación de la enfermedad en el ojo y su estructura. Por ejemplo, el código H25 se refiere a las cataratas que afectan el cristalino, mientras que el código H52 se refiere a la hipermetropía, que afecta la capacidad del ojo para enfocar objetos cercanos.

El uso de códigos específicos conduce a una mejor comprensión de la naturaleza y prevalencia de las enfermedades oculares y enfermedades relacionadas, lo que puede ayudar a mejorar la atención médica y las políticas de salud pública.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es examinar el Capítulo 7 de la CIE-10 y evaluar su importancia en la práctica clínica. Además, se abordarán las implicaciones de los cambios recientes en el Capítulo 7 de la CIE-10 para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

3 Metodología

Este trabajo se llevó a cabo mediante una revisión exhaustiva de la literatura relevante sobre el Capítulo 7 de la CIE-10. Se buscaron estudios y artículos publicados en revistas médicas y se consultaron los manuales de codificación sanitaria del ministerio de sanidad.

4 Resultados

El capítulo 7 de la CIE-10 sobre enfermedades oculares y sus apéndices contiene herramientas importantes para codificar y administrar registros médicos relacionados con estos trastornos. El uso de códigos específicos para describir la ubicación y la estructura de la enfermedad en el ojo puede conducir a una mejor comprensión de la naturaleza y distribución de la enfermedad, lo que puede ayudar a mejorar la política de atención médica y salud pública.

Uno de los principales resultados de codificar las enfermedades del ojo y sus apéndices es determinar los patrones de incidencia de estas enfermedades en diferentes poblaciones. Por ejemplo, la degeneración macular relacionada con la edad es más común en adultos mayores, mientras que la conjuntivitis alérgica es más común en personas con antecedentes de alergias.

La identificación de estos patrones puede ayudar a los médicos a evaluar el riesgo de enfermedades oculares y sus comorbilidades en diferentes poblaciones de pacientes y adaptar el tratamiento médico en consecuencia.

Otra consecuencia importante de codificar las enfermedades oculares y relacionadas es la identificación de tendencias a lo largo del tiempo. Por ejemplo, los datos codificados muestran que la incidencia de la degeneración macular relacionada con la edad ha aumentado en muchos países, lo que ha llevado a una mayor concienciación y mayores esfuerzos de prevención y tratamiento.

Además, los datos codificados pueden ayudar a identificar cambios en la práctica médica, como el uso cada vez mayor de la cirugía refractiva para la corrección de la visión. La codificación de enfermedades del ojo y sus anejos también permite evaluar la eficacia de diferentes tratamientos.

El capítulo 7 de la CIE-10 es una herramienta esencial para la codificación y la gestión de registros médicos relacionados con las enfermedades del ojo y sus anejos.

5 Discusión-Conclusión

El Capítulo 7 de la Clasificación Internacional de Enfermedades Relacionadas con las Enfermedades de los Ojos y los Anexos (CIE-10) es una herramienta importante para codificar y administrar los registros médicos relacionados con estas enfermedades.

El uso de códigos específicos para describir la ubicación y la estructura de la enfermedad ocular puede conducir a una mejor comprensión de la naturaleza y propagación de la enfermedad, lo que ayuda a mejorar las políticas médicas y de salud pública.

La codificación de enfermedades oftálmicas y relacionadas proporciona información valiosa sobre la incidencia y prevalencia de estas enfermedades en diferentes grupos de población, así como las tendencias en el tiempo y la eficacia de los diferentes tratamientos.

La identificación de patrones de aparición de estas enfermedades en diferentes poblaciones y la evaluación de la eficacia de diferentes tratamientos han cambiado la práctica médica y aumentado la conciencia sobre la prevención y el tratamiento de estas enfermedades.

6 Bibliografía

1..eCIE-Maps - CIE-10-ES diagnóstico. (s. f.). https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

Capítulo 217

ACTUALIZACIONES DEL CAPITULO 8 DE LA CIE-10

JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO

1 Introducción

Con el fin de estandarizar la identificación y documentación de diferentes enfermedades y condiciones médicas, se creó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La CIE-10 se actualiza regularmente para mantenerse al día con los avances en medicina, siendo la última versión la CIE-10.

El Capítulo 8 de la CIE-10 se centra en las enfermedades de los oídos, incluida la pérdida auditiva y los trastornos del equilibrio. Este capítulo está dividido en tres secciones principales: Trastornos del oído externo, Trastornos del oído medio y Trastornos del oído interno. La sección de enfermedades del oído externo incluye condiciones tales como otitis externa, tímpano perforado y acumulación de cerumen. La sección de enfermedades del oído incluye otitis media, disfunción de la trompa de Eustaquio y otosclerosis. La sección de enfermedades del oído interno incluye condiciones como la enfermedad de Meniere, la neuritis vestibular y la presbiacusia.

El Capítulo 8 de la CIE-10 es importante porque permite a los profesionales de la salud identificar y diagnosticar con precisión las enfermedades del oído, lo cual es esencial para una intervención temprana y un tratamiento adecuado. Además, la clasificación se utiliza para recopilar información estadística sobre la prevalencia y la incidencia de estas enfermedades, lo que ayuda a los responsables de la formulación de políticas y a los profesionales de la salud a planificar y asignar recursos de manera más eficaz.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es examinar el Capítulo 8 de la CIE-10 y evaluar su importancia en la práctica clínica. Además, se abordarán las implicaciones de los cambios recientes en el Capítulo 8 de la CIE-10 para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

3 Metodología

Este trabajo se llevó a cabo mediante una revisión exhaustiva de la literatura relevante sobre el Capítulo 8 de la CIE-10. Se buscaron estudios y artículos publicados en revistas médicas y se consultaron los manuales de codificación sanitaria del ministerio de sanidad.

4 Resultados

El Capítulo 8 de la CIE-10 trata de las enfermedades del oído y es una parte importante de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Esta sección se divide en tres secciones principales, que incluyen trastornos del oído externo, medio e interno. La CIE-10 se ha actualizado desde ediciones anteriores para mejorar la clasificación de los trastornos del oído y mejorar la precisión del diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Uno de los cambios más significativos en el Capítulo 8 de la CIE-10 es la adición de una nueva categoría de discapacidad auditiva. Por ejemplo, nuevos códigos para trastornos del oído externo como: Dermatitis del canal auditivo. Además, se han agregado códigos específicos para la enfermedad de Meniere y otros trastornos del oído interno, lo que permite un diagnóstico y tratamiento más precisos de estos trastornos.

La CIE-10 también mejoró la clasificación de las enfermedades del oído según su gravedad. Por ejemplo, se han agregado códigos específicos para pérdidas auditivas leves, moderadas, severas y profundas. Estos cambios permitirán una mejor identificación y seguimiento de los pacientes con trastornos del oído para una mejor planificación del tratamiento.

Una regla de codificación relacionada para el Capítulo 8 de la CIE-10 es la necesidad de registrar la lateralidad de los trastornos del oído. La CIE-10 debe indicar si la enfermedad del oído afecta solo a un oído o a ambos oídos. Esto es importante

porque el tratamiento y manejo de la enfermedad del oído puede variar entre los lados izquierdo y derecho.

La adición de nuevas categorías de trastornos del oído y la clasificación mejorada de estos trastornos es un cambio importante que permite una mejor identificación y seguimiento de los pacientes con trastornos del oído.

5 Discusión-Conclusión

El capítulo 8 de la CIE-10 es una herramienta importante para los profesionales de la salud de todo el mundo. Este capítulo se centra en los trastornos del oído, incluida la pérdida auditiva y los trastornos del equilibrio. La CIE-10 se ha actualizado en comparación con versiones anteriores, proporcionando una mejor clasificación de los trastornos del oído y una mayor precisión en el diagnóstico y tratamiento.

Además, la CIE-10 también ha mejorado la clasificación de los trastornos y enfermedades del oído en función de su duración tardía, lo cual es importante para el tratamiento y manejo adecuado de estas enfermedades.

6 Bibliografía

1.eCIE-Maps - CIE-10-ES diagnóstico. (s. f.). https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

Capítulo 218

ACTUALIZACIONES DEL CAPITULO 9 DE LA CIE-10

JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO

1 Introducción

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) es un sistema de clasificación de enfermedades utilizado en todo el mundo para estandarizar la identificación y el registro de diversos trastornos y afecciones médicas. La CIE-10 se actualiza regularmente para mantenerse al día con los avances en medicina y tecnología, y su última versión es el la CIE-10.

El Capítulo 9 de la CIE-10 se centra en los trastornos del sistema circulatorio, incluidas las enfermedades cardíacas y los trastornos de los vasos sanguíneos. Este capítulo está dividido en varias secciones, que cubren diferentes tipos de trastornos circulatorios. Estas secciones incluyen enfermedades hipertensivas, cardiopatías isquémicas, enfermedades cerebrovasculares y otras enfermedades del sistema circulatorio.

La hipertensión es un grupo de trastornos caracterizados por presión arterial persistentemente alta. Esto puede incluir presión arterial alta e hipertensión pulmonar, entre otros trastornos. La cardiopatía isquémica se refiere a la falta de flujo de sangre al corazón, lo que puede provocar angina de pecho o un ataque al corazón. Las enfermedades cerebrovasculares, incluido el accidente cerebrovascular, ocurren cuando se interrumpe el flujo de sangre al cerebro.

La CIE-10 es una herramienta importante para los profesionales de la salud de todo el mundo, ya que permite la identificación y el registro de diversas enfer-

medades de acuerdo con los estándares. El capítulo 9 de la CIE-10 es particularmente importante debido a la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en todo el mundo, lo que las convierte en una de las principales causas de muerte. Clasificar e identificar con precisión estas enfermedades es importante para tratar y prevenir complicaciones graves.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es examinar el Capítulo 9 de la CIE-10 y evaluar su importancia en la práctica clínica. Además, se abordarán las implicaciones de los cambios recientes en el Capítulo 9 de la CIE-10 para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

3 Metodología

Este trabajo se llevó a cabo mediante una revisión exhaustiva de la literatura relevante sobre el Capítulo 9 de la CIE-10. Se buscaron estudios y artículos publicados en revistas médicas y se consultaron los manuales de codificación sanitaria del ministerio de sanidad.

4 Resultados

El Capítulo 9 de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 se centra en las enfermedades del sistema circulatorio. Este capítulo es importante porque la enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de muerte en todo el mundo.

En comparación con la versión anterior, la CIE-10 se ha actualizado, lo que permite una mejor clasificación de las enfermedades cardiovasculares y un diagnóstico y tratamiento más precisos de las enfermedades.

Uno de los cambios más notables en el Capítulo 9 de la CIE-10 es la inclusión de nuevos códigos para otras enfermedades del corazón, como la miocardiopatía y la disfunción ventricular. Además, se agregaron nuevos códigos para hipertensión pulmonar y aterosclerosis para identificar y monitorear mejor a los pacientes con estas afecciones.

La CIE-10 también ha mejorado su clasificación por gravedad de las enfermedades

cardiovasculares. Se agregaron códigos específicos de insuficiencia cardíaca para fracción de eyección reducida, insuficiencia cardíaca moderada y conservada para identificar y monitorear mejor a los pacientes con insuficiencia cardíaca. Además, se ha añadido un código específico para la angina inestable para identificar y controlar mejor a los pacientes con esta afección. El estándar de codificación relevante en el Capítulo 9 de la CIE-10 es la necesidad de especificar la lateralidad de la enfermedad cardiovascular. Los códigos CIE-10 preguntan si la enfermedad cardiovascular afecta solo el lado derecho del corazón, solo el lado izquierdo del corazón o ambos corazones. Esto es importante porque el tratamiento y manejo de la enfermedad cardiovascular puede variar de un lado a otro.

La inclusión de nuevas categorías de enfermedades cardiovasculares y las mejoras en la clasificación de la gravedad de estas enfermedades son cambios importantes que permiten una mejor identificación y seguimiento de los pacientes con enfermedades circulatorias.

5 Discusión-Conclusión

El capítulo 9 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) es una herramienta esencial para la identificación y el registro de trastornos del sistema circulatorio en todo el mundo. Este capítulo se centra en las enfermedades del corazón y los trastornos vasculares, que son una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. La CIE-10 ha sido actualizada en comparación con las ediciones anteriores, lo que ha permitido una mejor clasificación de los trastornos cardiovasculares y una mayor precisión en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Además, la CIE-10 ha mejorado la clasificación de los trastornos cardiovasculares según su lateralidad, lo que es fundamental para el tratamiento y la gestión adecuados de estas enfermedades.

6 Bibliografía

1.eCIE-Maps - CIE-10-ES diagnóstico. (s. f.). https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

Capítulo 219

ACTUALIZACIONES DEL CAPITULO 10 DE LA CIE-10

JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO

1 Introducción

consistente de las enfermedades respiratorias.

El décimo capítulo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se enfoca en las enfermedades del sistema respiratorio. Este capítulo es de gran importancia en el campo de la medicina, dado que las enfermedades respiratorias son una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en todo el mundo.

Las enfermedades respiratorias pueden afectar cualquier parte del sistema respiratorio, desde las vías nasales hasta los pulmones. Algunas de estas enfermedades son agudas y pueden ser tratadas con éxito, mientras que otras son crónicas y pueden ser muy debilitantes. Dentro de las enfermedades respiratorias más comunes se incluyen la neumonía, la bronquitis, el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

La CIE-10 proporciona una estructura para clasificar y codificar las enfermedades respiratorias. La clasificación se basa en el tipo de enfermedad, la ubicación dentro del sistema respiratorio y la edad del paciente. La codificación es fundamental, ya que permite a los profesionales de la salud identificar y tratar de manera efectiva las enfermedades respiratorias.

Una norma relevante de codificación dentro del Capítulo 10 de la CIE-10 es el uso de códigos específicos para ciertas enfermedades respiratorias. Por ejemplo, el

código J18.9 se utiliza para la neumonía no especificada, mientras que el código J44.9 se utiliza para la EPOC no especificada. Es crucial seguir estas normas de codificación para garantizar una clasificación precisa y uniforme de las enfermedades respiratorias.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es examinar el Capítulo 10 de la CIE-10 y evaluar su importancia en la práctica clínica. Además, se abordarán las implicaciones de los cambios recientes en el Capítulo 10 de la CIE-10 para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

3 Metodología

Este trabajo se llevó a cabo mediante una revisión exhaustiva de la literatura relevante sobre el Capítulo 10 de la CIE-10. Se buscaron estudios y artículos publicados en revistas médicas y se consultaron los manuales de codificación sanitaria del ministerio de sanidad.

4 Resultados

Es relevante destacar que el Capítulo 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) brinda una estructura sólida para la clasificación y codificación de las enfermedades respiratorias. La correcta identificación y codificación de estas enfermedades es fundamental para que los profesionales de la salud puedan tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y la prevención de estas afecciones. Los resultados de una codificación precisa y uniforme de las enfermedades respiratorias pueden ser significativos tanto para los pacientes como para los sistemas de salud en general.

Uno de los resultados más importantes de la codificación adecuada del Capítulo 10 de la CIE-10 es la mejora en la calidad de la atención al paciente. Al utilizar un sistema de codificación uniforme, los profesionales de la salud pueden identificar y tratar de manera efectiva las enfermedades respiratorias de los pacientes. Además, la codificación adecuada puede ayudar a prevenir la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

Otro resultado significativo de la codificación adecuada del Capítulo 10 de la CIE-10 es la capacidad de los sistemas de salud para monitorear y evaluar la carga de enfermedades respiratorias en la población. La información recopilada a través de la clasificación y codificación puede utilizarse para mejorar la planificación y la asignación de recursos de salud para abordar estas enfermedades. Asimismo, la información puede ser utilizada para monitorear las tendencias en las enfermedades respiratorias y la efectividad de las intervenciones de salud pública.

La codificación adecuada en el Capítulo 10 de la CIE-10 también puede tener implicaciones financieras significativas. La identificación y clasificación precisa de las enfermedades respiratorias permite a los sistemas de salud identificar los costos asociados con el tratamiento de estas afecciones. Esto puede ayudar a informar la asignación de presupuestos y mejorar la eficiencia en la asignación de recursos.

Es importante tomar en cuenta que la codificación adecuada del Capítulo 10 de la CIE-10 puede presentar desafíos en algunos casos. Por ejemplo, la identificación de enfermedades respiratorias específicas puede ser difícil en ausencia de síntomas claros o en presencia de síntomas que se superponen con otras afecciones. Además, la codificación puede verse afectada por la falta de capacitación adecuada del personal de salud o la falta de acceso a tecnología de información y comunicación.

5 Discusión-Conclusión

Podemos afirmar que el Capítulo 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) es fundamental para la identificación y codificación precisa de las enfermedades respiratorias. La correcta aplicación de esta clasificación y codificación tiene implicaciones significativas en la calidad de atención al paciente, la eficiencia en la asignación de recursos, la vigilancia de la salud pública y la planificación de políticas de salud.

Una de las principales conclusiones es que la identificación y clasificación correcta de las enfermedades respiratorias permite a los profesionales de la salud tomar decisiones más informadas sobre el tratamiento y la prevención de estas afecciones. Además, la codificación adecuada puede ayudar a prevenir la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

1.eCIE-Maps - CIE-10-ES diagnóstico. (s. f.). https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

Capítulo 220

ACTUALIZACIONES DEL CAPITULO 11 DE LA CIE-10

JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO

1 Introducción

médica y las políticas de salud pública.

El capítulo 11 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se enfoca en las enfermedades del aparato digestivo, que incluyen una amplia variedad de enfermedades que afectan los órganos y estructuras del sistema digestivo, como el esófago, estómago, intestino delgado y grueso, hígado, vesícula biliar y páncreas.

Las enfermedades del aparato digestivo pueden tener diversas causas, como infecciones, trastornos autoinmunitarios, enfermedades genéticas, trastornos metabólicos, consumo excesivo de alcohol y otros factores ambientales. Estas enfermedades pueden ser muy debilitantes y afectar la calidad de vida de las personas y sus allegados.

La CIE-10 proporciona un marco de referencia para la codificación de enfermedades y trastornos del aparato digestivo. La codificación es un proceso esencial para la gestión de los registros médicos y la presentación de informes estadísticos sobre la incidencia y prevalencia de enfermedades. La codificación precisa y uniforme de las enfermedades del aparato digestivo es crucial para una gestión efectiva de la atención médica y la investigación clínica y epidemiológica.

La utilización de códigos específicos y adecuados permite una mejor comprensión de la naturaleza y distribución de las enfermedades del aparato digestivo, lo

que puede mejorar la atención médica y las políticas de salud pública.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es examinar el Capítulo 11 de la CIE-10, evaluando su importancia en la práctica clínica y abordando las implicaciones de los cambios recientes en este capítulo para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura relevante sobre el Capítulo 11 de la CIE-10. Se buscaron estudios y artículos publicados en revistas médicas y se consultaron los manuales de codificación sanitaria del ministerio de sanidad.

4 Resultados

El capítulo 11 de la CIE-10 comprende una amplia variedad de enfermedades del aparato digestivo, y la información recolectada a través de la codificación de estas enfermedades ha proporcionado información valiosa sobre la incidencia y prevalencia de estas afecciones en todo el mundo.

Uno de los principales resultados de la codificación de las enfermedades del aparato digestivo es la identificación de patrones en la incidencia de estas enfermedades en diferentes grupos de población. Por ejemplo, la enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE) es más común en adultos mayores y en personas con obesidad, mientras que la enfermedad celíaca es más común en personas de ascendencia europea y en personas con antecedentes familiares de la enfermedad. La identificación de estos patrones puede ayudar a los médicos a evaluar el riesgo de enfermedades del aparato digestivo en diferentes grupos de pacientes y a adaptar la atención médica en consecuencia.

Otro resultado importante de la codificación de las enfermedades del aparato digestivo es la identificación de tendencias a lo largo del tiempo. Por ejemplo, los datos de la codificación han mostrado un aumento en la incidencia de cáncer colorrectal en muchos países, lo que ha llevado a una mayor conciencia y esfuerzos de detección temprana. Además, los datos de la codificación han ayudado a

identificar cambios en las prácticas médicas, como la creciente utilización de la endoscopia para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades del aparato digestivo.

La codificación de las enfermedades del aparato digestivo también ha permitido la evaluación de la efectividad de diferentes tratamientos. Por ejemplo, los datos de la codificación han demostrado que la terapia de erradicación de Helicobacter pylori es efectiva en el tratamiento de la úlcera péptica, lo que ha llevado a un cambio en la práctica médica en muchos países. Además, los datos de la codificación han demostrado que los trasplantes de hígado son efectivos en el tratamiento de la cirrosis hepática, lo que ha llevado a un aumento en el número de trasplantes realizados en todo el mundo.

5 Discusión-Conclusión

El capítulo 11 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) es un recurso crucial para la codificación y gestión de registros médicos relacionados con enfermedades del aparato digestivo. La utilización de códigos específicos para describir la ubicación de la enfermedad en el sistema digestivo permite una mejor comprensión de la naturaleza y distribución de las enfermedades, lo que puede mejorar la atención médica y las políticas de salud pública.

La codificación de las enfermedades del aparato digestivo ha proporcionado información valiosa sobre la incidencia y prevalencia de estas afecciones en diferentes grupos de población, así como sobre las tendencias a lo largo del tiempo y la efectividad de diferentes tratamientos. La identificación de patrones en la incidencia de estas enfermedades en diferentes grupos de población y la evaluación de la efectividad de diferentes tratamientos han llevado a cambios en la práctica médica y a una mayor conciencia sobre la prevención y el tratamiento de estas enfermedades.

Es importante tener en cuenta que la CIE-10 se actualiza periódicamente para reflejar los avances en la comprensión y tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo y de otras enfermedades. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales médicos estén al día sobre los cambios en la clasificación y codificación de las enfermedades para asegurar la gestión efectiva de los registros médicos y brindar atención médica de calidad a los pacientes.

6 Bibliografía

1..eCIE-Maps - CIE-10-ES diagnóstico. (s. f.). https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

Capítulo 221

ACTUALIZACIONES DEL CAPITULO 7, ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS, DE LA CIE-10

JHONATAN GUTIÉRREZ DEL TORO

1 Introducción

A través del sentido de la vista percibimos la luz, el color, las formas, etcétera. Los ojos son órganos pares y complementarios y están situados en la zona de la cara, dentro de la cavidad llamada ocular.

Los ojos son los encargados de recibir las ondas electromagnéticas de la luz y las transforman en impulsos eléctricos que llegan al cerebro, y este se encarga de su interpretación. Su forma es aproximadamente esférica, mide 2,5 cm de diámetro y está formado por el globo ocular y los anejos.

Capas y estructuras del globo ocular:

La capa más externa del globo ocular está formada por la córnea, transparente, y la esclerótica, opaca.
La capa media del ojo, úvea o túnica vascular está formada por el iris, cuerpo ciliar y coroides. El iris tiene una apertura central, la pupila. El iris contacta con la córnea en el ángulo iridocorneal, donde se forma la malla trabecular. El cuerpo ciliar forma la pars plicata y la pars plana. La coroides es la parte posterior de la úvea.
La capa interna, la retina con sus dos capas, retina sensorial y epitelio pigmentario, ocupa el fondo del ojo, la parte posterior interna del globo ocular. Se une

a la pars plana de la úvea y en su parte central se encuentra la papila del nervio óptico y la mácula.

Los códigos principales para la clasificación de las patologías del ojo los encontraremos en la CIE-10-ES Diagnósticos, en el capítulo 7, entre los códigos de las categorías H00- H59, aunque a lo largo de otros capítulos también vamos a encontrar códigos para enfermedades del ojo, es el caso, por ejemplo, de patologías oculares derivadas y relacionadas con la diabetes mellitus, sirva como ejemplo el código E10.311 Diabetes mellitus tipo 1 con retinopatía diabética no especificada con edema macular.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es examinar el Capítulo 7 de la CIE-10, evaluando su importancia en la práctica sanitaria y abordando las implicaciones de los cambios recientes en este capítulo para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades incluidas en este capítulo.

3 Metodología

Para poder hacer esta revisión, se realizó una búsqueda exhaustiva de la información relevante sobre el Capítulo 7 de la CIE-10. Se buscaron libros y artículos publicados en revistas médicas y se consultaron los manuales de codificación sanitaria del ministerio de sanidad.

4 Resultados

El capítulo 7 de la CIE-10, que se centra en los trastornos y enfermedades de los ojos y sus anexos. Después de estudiar y leer en detalle este capítulo, podemos exponer que:
En la sección de ”Trastornos de la retina”, se mencionan tres tipos de desprendimiento de retina: regmatógeno, por tracción y seroso. El desprendimiento regmatógeno es causado por un desgarro o perforación en la retina, lo que provoca que se filtre el líquido del ojo y la retina se separe del resto de los tejidos. El desprendimiento por tracción puede ocurrir en pacientes con diabetes no controlada, antecedentes de cirugía de retina o inflamación crónica. El desprendimiento seroso es secundario y se asocia con tumores o procesos inflama-

torios. Si hay hemorragia vítrea, se identifica mediante el código H43.1, mientras que si se debe a una técnica quirúrgica, se clasifica como H59.

Hay que mencionar en ente apartado la a técnica de la electrorretinografía, que permite al especialista explorar la función de las células fotorreceptoras de la retina y medir cómo responde la retina a la luz.
En otra de las secciones de este capítulo, "Trastornos del cristalino", se menciona la catarata, que se produce cuando el cristalino pierde transparencia. Los códigos para la catarata dependen de la edad, si son secundarias, si son debidas a un traumatismo, si no están bien especificadas, etc. El código Z98.4 indica el estado de extracción de la catarata y proporciona información de que el ojo ya ha sufrido una operación.

Otra de las secciones que tiene una relevancia importante en este capítulo es la sección "7.9 Glaucoma (H40-H42), que se produce como consecuencia de una lesión en el nervio óptico, relacionada con un aumento de presión en el ojo. A medida que el nervio óptico se deteriora gradualmente, se presentan puntos ciegos en el campo visual. Es importante destacar que muchas formas de glaucoma no presentan signos de advertencia, y el efecto de la enfermedad es tan gradual que es posible que no se note un cambio en la vista hasta que la afección se encuentre en una etapa avanzada.

5 Discusión-Conclusión

El capítulo 7 del Manual de Codificación de la CIE-10, aborda diferentes trastornos y enfermedades oculares, incluyendo trastornos de la retina, del cristalino y el glaucoma. En cada sección del capítulo, se proporcionan detalles sobre la causa, los síntomas, los códigos de clasificación y los tratamientos posibles para cada enfermedad.

En la sección de trastornos de la retina, se describen tres tipos de desprendimiento de retina y se menciona la técnica de la electrorretinografía para explorar la función de las células fotorreceptoras de la retina. En la sección de trastornos del cristalino, se aborda la catarata y los diferentes códigos de clasificación que dependen de la edad y la causa de la enfermedad.

Por último, en la sección del glaucoma, se explica la relación entre la lesión del nervio óptico y el aumento de presión en el ojo, así como los posibles riesgos y la importancia del diagnóstico temprano.

Además, las actualizaciones del Capítulo 12 de la CIE-10 son importantes para garantizar que la información sobre las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo sea precisa y actualizada, lo que a su vez permite una mejor gestión de los sistemas de salud y una mejora en la calidad de la atención sanitaria. Es importante destacar que estas actualizaciones reflejan los avances en la investigación en el campo de la salud de la piel y del tejido subcutáneo, y permiten una mejor identificación y registro de las diferentes enfermedades.

6 Bibliografía

1.eCIE-Maps - CIE-10-ES diagnóstico. (s. f.). https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

Capítulo 222

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

JOSÉ LUIS MUÑOZ MORALES

ALBERTO LOPEZ ZAMORANO

TEO ALISES FERNÁNDEZ

VICENTE JESUS CANO CHICHARRO

FÉLIX HORTOLANO PALOMINO

1 Introducción

En el ámbito hospitalario, como parte de su organización nos encontramos la farmacia hospitalaria, se trata de un servicio de atención sanitaria que dependerá funcionalmente de la dirección médica.
Las farmacias hospitalarias ofrecen servicios a pacientes hospitalizados y ambulatorios. En esta unidad trabajan gran cantidad de profesionales tanto sanitarios: enfermeras, técnicos auxiliares, farmacéuticos como no sanitarios: auxiliares administrativos, celadores etc.
El celador de farmacia del hospital se encargará de multitud de funciones, como recepción de los pedidos, transporte y colocación de los mismos dentro de la farmacia, distribución a los distintos servicios hospitalarios etc.

Los celadores son una parte importante en el funcionamiento de una farmacia hospitalaria, y su actuación debe ajustarse a la normativa y protocolos de trabajo, pues trabajan con multitud de materiales y medicamentos cuyo mal uso puede originar responsabilidades administrativas y penales.
El celador en quién se encarga del inventario y de controlar el stock, por lo que si observa algún desequilibrio en cualquier departamento debe informar de inmediato al supervisor, sobre todo en cierto tipo de medicamentos más sensibles que por su naturaleza adictiva, su precio, o sus potenciales efectos adversos deben someterse a un mayor control.
En este capítulo nos centraremos en las funciones que desarrolla el celador en la farmacia hospitalaria y su importancia para el buen funcionamiento del servicio.

2 Objetivos

-Describir la unidad de farmacia en el ámbito hospitalario.
-Listar las funciones del celador en una farmacia hospitalaria.
-Destacar la importancia del celador en dicho servicio.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en internet consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como Elsevier, o el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como "celador", "unidad de farmacia" y utilizando el límite "spanish" para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.
Posteriormente se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos que han resultado de mayor interés para la realización de este trabajo.
Por último, se ha extraído la información de interés para llevar a cabo este trabajo y exponer los objetivos de forma resumida y concisa.

4 Resultados

En la unidad o servicio de farmacia de un hospital se desarrollan multitud de tareas, las más usuales son: almacenamiento, elaboración y dispensación de medicamentos y productos sanitarios. Se pueden llevar a cabo otras funciones de asesoramiento a pacientes por parte de los técnicos en Farmacia Hospitalaria.
Por consiguiente en una farmacia hospitalaria se llevan a cabo todas las labores relacionadas con el tratamiento de los pacientes que permanecen hospitalizados en las distintas unidades, como de los que están en régimen ambulatorio.

Cada hospital va a tener una organización de la farmacia hospitalaria adaptada a su tamaño y necesidades, pero como modelo genérico tendrán las siguientes áreas:

-Área de dispensación y distribución de medicamentos en dosis unitarias: aquí se distribuirán los medicamentos en unidosis para conseguir un uso racional de los mismos y mayor control.

-Unidad de terapia intravenosa: aquí se reciben las prescripciones de Nutrición Parenteral y se procede a su preparación. También se elaborarán todo tipo de mezclas estériles en condiciones de asepsia.

-Unidad de citostáticos: se recepcionan, preparan y etiquetan las prescripciones médicas de fármacos citostáticos de los pacientes hospitalizados en planta, hospital de día y consultas externas.

-Área de dispensación de pacientes externos: aquí se dispensan medicamentos a pacientes no ingresados o ambulatorios, y se dan las instrucciones para su correcta administración.
-Área de reenvasado de dosis unitarias: como su propio nombre indica se reenvasan medicamentos que llegan en un formato no adecuado para su administración al paciente.

A continuación vamos a describir las funciones que desarrolla el celador en la farmacia hospitalaria:
-Será el encargado de recepcionar los pedidos y comprobar el albarán.
-Entregará albaranes y facturas al personal administrativo.
-Transportará el material y procederá a su colocación.
-Aprovisionará de sueros y alcohol las diferentes unidades de hospitalización.
-Repartirá por las diferentes plantas los pedidos realizados y procederá a su colocación.

-Será el encargado de bajar los carros de medicación vacíos al servicio de farmacia, y una vez cargados por los auxiliares, los devolverá nuevamente a la planta.
-Cuidará que no accedan a la farmacia personas no autorizadas.
-Ayudará en la elaboración de inventarios.
-Preparará el alcohol.

En resumen el celador es el encargado de manejar el material de farmacia desde su recepción, hasta la distribución del mismo en todo el hospital, debe ser escrupuloso y profesional a la hora de realizar su trabajo pues se trata de material sensible y de su correcto manejo depende en gran parte su conservación.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de farmacia hospitalaria es una pieza fundamental en el funcionamiento del hospital, pues dota de material sanitario al resto de unidades. Contribuye a un uso racional de los medicamentos y a la educación de la población en el uso adecuado de antibióticos por ejemplo. Deberá contar con una adecuada gestión u organización para desarrollar su labor de manera eficaz y optimizando todos los recursos.

En este sentido el celador realizará las funciones inherentes al servicio, contribuyendo al correcto funcionamiento del mismo. Siendo responsable del transporte de medicamentos y material sanitario a las diferentes unidades o departamentos hospitalarios, observando en todo momento los protocolos de trabajo.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/pdf/fh/v44n2/2171-8695-fh-44-02-39.pdf
2. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/GuiaBPP3.pdf
3. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_7.pdf

Capítulo 223

EL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL. FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS

JOSÉ LUIS MUÑOZ MORALES

ALBERTO LOPEZ ZAMORANO

TEO ALISES FERNÁNDEZ

VICENTE JESUS CANO CHICHARRO

FÉLIX HORTOLANO PALOMINO

1 Introducción

Debido al gran desarrollo de los avances científicos y más en concreto en el campo de la medicina, cada vez existen más servicios a los que puede acceder la población. Servicios estructurados en niveles asistenciales, a su vez subdivididos, que hacen que el acceso a los mismos sea cada vez más complejo. Existe dentro del Sistema Nacional de Salud una cartera de servicios común a nivel nacional, pero luego cada Comunidad Autónoma tiene libertad para ampliar dicha cartera en el ejercicio de sus competencias. Es por todo ello que el acceso a los servicios por parte del paciente cada vez sea más complicado y se haga necesario articular canales de información para facilitar al usuario cualquier duda, información, derecho etc, del que sea titular y facilitar su ejercicio.

En este capítulo vamos a tratar de describir el derecho a la información que tiene el paciente, este derecho se refiere a servicios a los que puede acceder ya sean médicos, administrativos etc, pero también dentro de un establecimiento sanitario como es un hospital, deben articularse los mecanismos para facilitar todo tipo de información siempre respetando la normativa legal.
En esta línea vamos a desarrollar las funciones de información que le corresponden al celador que presta sus servicios en la puerta principal de un hospital.

2 Objetivos

-Enumerar las funciones que realiza el celador de puerta de un hospital.
-Destacar la importancia de las labores del celador de puerta.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en internet consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como Elsevier, o el motor de búsqueda Pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como "celador", "puerta principal" y utilizando el límite "spanish" para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

Posteriormente se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos que han resultado de mayor interés para la realización de este trabajo.

Por último, se ha extraído la información de interés para llevar a cabo este trabajo y exponer los objetivos de forma resumida y concisa.

4 Resultados

Los celadores de puerta son el personal que va a recibir a pacientes y familiares, que visitan cualquier establecimiento sanitario, son su primer contacto con la institución. Es por ello que deben contar con ciertas habilidades sociales: facilidad de palabra, amabilidad, comprensión, paciencia entre otras.

Son la primera vía de contacto y por ello deben ser resolutivos y poder informar, aclarar dudas, contestar a sus preguntas etc.

A continuación vamos a detallar las multitud de funciones del celador de puerta:

-Permitirán el acceso solo a las personas autorizadas evitando que introduzcan dentro del hospital objetos y paquetes no autorizados.
-Nunca dejarán abandonada la vigilancia de la puerta de entrada.
-Velarán por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias.
-Proporcionarán a los pacientes que así lo requieran silla de ruedas para su traslado por el hospital.
-Informarán sobre la ubicación de las distintas consultas externas, servicios plantas de hospitalización, así como los horarios de visita de los distintos servicios.
-Cuando surja algún conflicto o altercado requerirán la presencia del personal de seguridad.
-Cuando observen cualquier desperfecto en las instalaciones o mobiliario, o cuando exista alguna anomalía en la limpieza avisarán a sus superiores.
-Prohibirán la entrada a toda persona mal aseada o con signos de embriaguez o alboroto.
-Resolverán dudas de los pacientes y familiares que sean de su competencia. Por tanto deben conocer que tipo de información están autorizados a proporcionar, absteniéndose de realizar ningún comentario acerca diagnósticos, tratamientos o exploraciones que se estén realizando al paciente, debiendo dirigirlos al médico encargado de su proceso asistencial. Deberán proporcionar información general, no sanitaria ni administrativa.
-Mantenimiento de las normas de convivencia general (no fumar, silencio y un buen uso de las instalaciones, etc.)
-Controlará el tránsito y circulación de usuarios y pacientes en la entrada principal.
-Deberán realizar todas aquellas funciones que le sean encomendadas por el jefe de personal subalterno específicas de su puesto de trabajo.
-Tendrán a su cargo el servicio de fotocopiadoras y encuadernación del hospital.
-Atenderá las llamadas telefónicas informando de aquellos aspectos que no contravengan la Ley de Protección de Datos
-Controlará el acceso de visitantes y familiares a la zona de hospitalización, cuidando del cumplimiento de las normas establecidas por la dirección.

En resumen podemos decir que son los encargados de velar por el buen fun-

cionamiento de la institución y ser muy cautelosos a la hora de facilitar información, no proporcionando datos que puedan contravenir la Ley de Protección de Datos, pues trabajan con información muy sensible que se refieren a la salud de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El celador es el primer profesional con el que se tiene contacto cuando se acude a un Hospital ya sea como paciente o como acompañante, por lo que debe tener ciertas cualidades de comunicación, tolerancia para poder responder e indicar al usuario con claridad y fiabilidad la información adecuada, respetando siempre la Ley de Protección de Datos, mostrando cercanía en el trato y con un tono de voz adecuado, y sobre todo ser discreto en los comentarios.
Deberá tratar a pacientes y familiares con respeto y ser empático sobre todo cuando se trate de pacientes graves.
Cuando el celador no esté autorizado a dar información derivará al paciente o familiar a la persona que pueda ayudarle.

6 Bibliografía

1. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_2.pdf
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000100002
3. https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-14-VIGILANCIA-1.pdf
¡

Capítulo 224

FUNCIONES, ACTUACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

JOSÉ LUIS MUÑOZ MORALES

ALBERTO LOPEZ ZAMORANO

TEO ALISES FERNÁNDEZ

VICENTE JESUS CANO CHICHARRO

FÉLIX HORTOLANO PALOMINO

1 Introducción

Dentro del Sistema Nacional de Salud podemos distinguir dos niveles asistenciales, atención primaria y atención especializada, cada uno de ellos se encarga de atender las necesidades de la población dentro de su ámbito de actuación.
La Atención Primaria garantiza una atención integral a la población acercando los servicios a la población, mientras que la atención especializada constituye un servicio más especializado y se llega a ella cuando se han agotado las posibilidades de tratamiento en el primer nivel asistencial.
Su coste es más alto y requiere de gran cantidad de recursos tanto humanos como económicos.
Se hace necesario coordinar e integrar los diferentes niveles asistenciales para conseguir la máxima eficiencia y efectividad en la gestión de los recursos

económicos. En este sentido se deben diseñar programas y políticas centrados en la coordinación entre sistemas, promoviendo planes de atención sociosanitaria, que contribuyan a una atención integral de la población, optimizando los recursos tanto humanos como económicos.
Dentro de la atención especializada los celadores tienen dos ámbitos o áreas de trabajo:
-Los centros de diagnóstico y tratamiento (CDT).
- Los hospitales.
En este capítulo nos vamos a centrar en la labor que desarrolla el celador en los centros hospitalarios y dentro de éstos en la planta de hospitalización.

2 Objetivos

-Exponer la estructura de la atención especializada.
-Describir las funciones del celador en la unidad de hospitalización.
-Destacar la importancia del celador en dicha unidad.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en internet consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como Elsevier, o el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como "celador", "unidad de hospitalización" y utilizando el límite "spanish" para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.
Posteriormente se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos que han resultado de mayor interés para la realización de este trabajo.
Por último, se ha extraído la información de interés para llevar a cabo este trabajo y exponer los objetivos de forma resumida y concisa.

4 Resultados

La atención especializada constituye el segundo nivel asistencial, y garantiza la atención integral a la población una vez se superan las posibilidades de diagnós-

tico y tratamiento de la Atención Primaria. En los hospitales se prestará atención hasta que el paciente pueda nuevamente ser tratado por los servicios de atención primaria.
Dentro de los hospitales el celador tiene diversas áreas de trabajo: consultas externas, hospitalización, urgencias, quirófano etc.
En la unidad de hospitalización el celador va desarrollar su actividad laboral, aquí se produce el ingreso de un paciente en un recurso o cama para recibir atención especializada hasta el momento de recibir el alta hospitalaria.
A continuación vamos a describir las funciones del celador en la unidad de hospitalización:
-El celador de hospitalización recogerá al paciente desde el servicio donde se encuentre y lo llevará a la planta correspondiente en el medio de transporte que requiera (silla, cama o por su propio pie).
-Una vez en la planta lo acomodará en su habitación, ayudando al Auxiliar de Enfermería.
-Deberá controlar el acceso y la estancia de los visitantes en las habitaciones, siguiendo las instrucciones del centro respecto a los horarios y autorizaciones.
-Deberá evitar que se fume o se traigan alimentos, evitando también alteraciones del orden.
-Trasladará a los pacientes a los diferentes servicios para la realización de las pruebas que le sean prescritas por el personal médico.
-Realizará los ingresos procedentes del servicio de urgencias.
-Llevarán el material y aparatos que le sean requeridos en la planta.
-Colaborará con el personal sanitario para la movilización de pacientes encamados.
-Trasladará al mortuorio a los pacientes fallecidos.
-Llevará analíticas, peticiones de pruebas, partes de mantenimiento etc.
-Trasladará a quirófano al primer paciente del parte de quirófano, y los devolverá a planta a su salida del mismo.
-Acompañará al técnico de rayos con el portátil cuando el paciente no pueda trasladarse al servicio de rayos.
-Los fines de semana y festivos llevará los carros de medicación al servicio de farmacia, para su reposición y luego se encargará de devolverlos de nuevo a la planta.
-Acompañará a los pacientes dados de alta que así lo requieran en silla de ruedas hasta la entrada principal.
En el desarrollo de dichas funciones manejará distinto tipo de material como sillas de ruedas, carros, grúas, transfer, etc.

Por todo lo anteriormente descrito, el celador es parte importante y necesaria para el correcto funcionamiento del Sistema Sanitario, colaborando con el resto de personal sanitario y no sanitario en labores de apoyo, formando parte de un equipo multidisciplinar.

5 Discusión-Conclusión

En resumen podemos concluir diciendo que en el Sistema Sanitario, se prestan multitud de servicios que deben estar perfectamente coordinados en su gestión para poder optimizar los gastos.
El primer nivel asistencial es más accesible y menos costos por lo que debemos potenciar su desarrollo, evitando hospitalizaciones que siempre suponen un despliegue mayor de recursos, y un deterioro más acentuado de los pacientes.
Entre los profesionales que prestan sus servicios en la planta de hospitalización se encuentra el celador, que junto con el resto de profesionales hace que la estancia del paciente sea más agradable, facilitando tanto al enfermo como a los familiares toda la información que por su categoría le corresponde, y encargándose en todo momento del bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. https://www.logoss.net
2. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 1. El Celador: Funciones Generales [Internet]. [cited 2021 Aug 20]. Available from: http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html
3. https://psicosociosanitario.blogspot.com/2021/03/1.html

Capítulo 225

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES DE LA COVID-19

ANA ISABEL LORENZO GARCÍA

LAURA RODRIGUEZ MORENO

MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ

MARIA LORENZO GARCÍA

MARIA ISABEL CANO CUADRA

1 Introducción

Entre Octubre y Noviembre de 2019, se detectan los primeros casos en China, de una enfermedad desconocida, la COVID-19, causada por el SARS-CoV-2.
La Organización Mundial de la Salud (OMS), en enero de 2020, declara el inicio de la pandemia, como emergencia de salud pública internacional, y en marzo del mismo año, se declara el estado de alarma en España y se impone un estado de confinamiento a toda la población con excepciones, tales como salir a adquirir alimentos, acudir a urgencias hospitalarias, ir a centros de trabajo siempre que no sea posible el teletrabajo, etc.
El impacto psicosocial ha sido devastador en todos los entornos sociales y laborales, pero uno de los más castigados, ha sido el sector sanitario y todos sus empleados.

Unos de los olvidados en este sector, son los responsables de dar citas, de atender en mostradores hospitalarios y las primeras personas que nos encontramos cuando tenemos la necesidad de asistencia sanitaria: los auxiliares administrativos.
Se ha demostrado, que este tipo de trabajadores, sobre todo al inicio de la pandemia, ha sufrido una presión psicológica tan extrema, que ha podido dejarles secuelas de por vida tanto personales, como sociales. Muchos incluso reconocen, no ser capaces de volver a pasar por una situación similar.

2 Objetivos

Reconocer el valor del papel del auxiliar administrativo ante los problemas psicosociales provocados por el COVID-19.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en revistas científicas y artículos en internet, sobre la presión psicológica que han sufrido los auxiliares administrativos hospitalarios durante la pandemia. Se ha hecho una revisión, extrayendo los datos importantes y desechando los menos relevantes.

4 Resultados

El Auxiliar Administrativo que ha prestado sus servicios durante la pandemia en centros hospitalarios, ha sido uno de los grandes afectados psicológicamente debido a varias causas:
- Aumento extremo del número de pacientes que acuden a un centro hospitalario en estado de nerviosismo, preocupación, etc., debido al desconocimiento de la enfermedad, de sus síntomas, secuelas y a la cantidad de defunciones por ello, llegando a provocar situaciones problemáticas, incluso llegando a agredir por la frustración de la situación.
- Realización y recepción de llamadas telefónicas, de y a pacientes y familiares, llegándose a contabilizar en algunos hospitales, hasta 3.000 por trabajador en una sola jornada laboral.
- Anulación de todas las citas médicas y de las actividades quirúrgicas no urgentes para evitar contagios, con el consiguiente disgusto de todos los usuarios. Se enfrenta a pacientes telefónicamente, en lista de espera de meses incluso años, a los

que se les pospone indefinidamente la asistencia sanitaria que demandan.
- La falta de equipos de protección individual (EPIs) a disposición de los auxiliares administrativos y, en muchos casos, la no preparación de los hospitales en cuanto a mobiliario, mamparas de seguridad, etc., necesarios para proteger al trabajador de posibles contagios.
- La aparición de nuevos protocolos a cumplir y a exigir su cumplimiento al usuario.
- La tesitura en la que se encuentra el auxiliar administrativo, a la hora de volver a casa tras una jornada laboral, sin la seguridad total de ser negativo en COVID-19 y poder contagiar a los miembros de su familia.

En estudios y encuestas realizados en hospitales de toda España, se ha demostrado que la pandemia ha tenido un impacto importante y directo sobre la salud mental de los profesionales, aumentando notablemente los síntomas de ansiedad y estrés agudo, en aquellos que tratan directa y telefónicamente con los pacientes.

Esto se refleja en el disparo en las notificaciones por parte de estos trabajadores, de síntomas como ansiedad, insomnio, pesadillas, bajo ánimo, irritabilidad, pérdida o aumento de apetito, hipocondría, etc.

Un número extremadamente elevado de auxiliares administrativos encuestados, asegura no ser capaz de volver a enfrentarse a un estado de alarma como el de la COVID-19 y que su vida personal, se ha visto notablemente afectada por ello.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos del personal que presta sus servicios en hospitales y centros sanitarios y de su esfuerzo titánico durante la COVID-19, todos pensamos en médicos, enfermeros, celadores, etc.

Pocos tenemos en cuenta a la persona que nos atiende en la primera toma de contacto: los auxiliares administrativos.

Ellos realizan su labor tanto de forma presencial, como telefónica y son los primeros a los que explicamos nuestro problema de salud, nuestro descontento, frustración por la situación y a quienes exponemos nuestras quejas.

Se han visto expuestos a unos niveles de estrés y ansiedad extremos, llegándoles a afectar tanto en lo personal como en lo social.

De hecho, muchos expresan no ser capaces de hacer frente de nuevo a una situación así y que su vida, no ha vuelto a ser la misma, teniendo episodios de insomnio, pesadillas y angustia que, antes de la pandemia, no tenían.

Estos trabajadores, en la mayoría de los casos, no han tenido ayuda psicológica ni durante ni después de la pandemia, cosa que debería ser preocupante para las gerencias, que los han dejado desatendidos en el aspecto mental.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000300008
Versión On-line ISSN 1988-348X
Ene. vol.15 no.3 Santa Cruz de La Palma 2021 Epub 04-Abr-2022.
2. ”Impacto emocional de la pandemia covid-19 en los trabajadores sanitarios y no sanitarios de un hospital general” https://www.insst.es/.
3. ”Impacto de la pandemia por COVID-19, estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios”. pdf.

Capítulo 226

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ANIMALARIO DE UN HOSPITAL

ANA ISABEL LORENZO GARCÍA

LAURA RODRIGUEZ MORENO

MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ

MARIA LORENZO GARCÍA

1 Introducción

Un animalario es una instalación dentro de un hospital, donde se encuentran animales para su estudio en laboratorio para la investigación científica.
Los animalarios cuentan, normalmente, con un laboratorio, una zona de ubicación de animales, una zona limpia y otra sucia, un incinerador de residuos y cadáveres, la zona de experimentación, quirófanos, etc.
Permite experimentar con nuevas técnicas complejas en cirugía, por ejemplo medular, utilizando cerdos, para avanzar en investigaciones y aplicar los resultados en humanos.
El Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo, cuenta con un animalario con un espacio de 1.400 metros cuadrados, con salas de mantenimiento para ratas, ratones, cerdos y otras salas para cualquier otra especia animal, que sea útil para la investigación científica.
También cuenta con zonas de comportamiento y quirófano experimental.
En esta instalación, no solo desarrollan su trabajo veterinarios e investigadores, sino que hay uno o varios celadores que se encargan del mantenimiento del

mismo y de los animales que se encuentran en él.
Es decir, el trabajo del celador, es parte importante de un animalario, ya que se encarga de la limpieza, alimentación y saneamiento de los animales y del mantenimiento óptimo de las salas.
El artículo 14.2.21 del Estatuto de Personal No sanitario, define el trabajo del celador hospitalario y sus funciones en el animalario.

2 Objetivos

Dar a conocer el trabajo del celador en un animalario hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Se han extraído datos importantes, se han desechado los menos trascendentales y se ha llegado a unos resultados, abajo indicados.

4 Resultados

El celador, como categoría profesional, tiene unas funciones generales, pero según el servicio en el que realice su labor, tiene otras particulares. En el animalario, su trabajo es muy distinto al que realiza en otros puestos laborales.
En primer lugar, tiene que entender que esos animales, son parte fundamental en la investigación médico sanitaria.
Entre sus labores, por ejemplo, tiene la de conocer la disposición de las distintas especies que se encuentran en él, con el espacio necesario y las condiciones óptimas que requiera el bienestar del animal.
Si la procreación animal no es necesaria para la investigación que se lleva a cabo, debe tener separados a machos y hembras.
En cambio, si la procreación es imprescindible para el proceso, deberá controlar en todo momento el mismo, el número de crías por pareja de animales y su cuidado.

El acceso a los animales tiene que ser lo más fácil posible para poder llevar un control.
Debe seguir las órdenes recibidas por sus superiores y el veterinario, parte importante en el mantenimiento de los animales.
El celador de animalario, se encarga de la alimentación equilibrada de los animales, diferente en cada especie, según edad, características y necesidades.
En algunos casos, debido al proceso de investigación, el animal deberá permanecer en ayuno o dieta líquida y el celador es el encargado de ello.
Tiene que estar atento siempre, a que los animales tengan el agua necesaria para una vida saludable.
También es parte del trabajo del celador de animalario, la higiene de los animales y de sus entornos, así como de los lechos, comederos, bebederos, etc., evitando condiciones de higiene insalubres tanto para el animal como para los profesionales.
Deben limpiar con asiduidad las partes que se utilizan para recoger los excrementos de los animales.
Se encargan del aseo de los animales a explorar o a los que se les va a realizar pruebas para la investigación, intentando no someterles a un estrés excesivo.
Cuando un animal fallece, procederá a su retirada, le preparará para la autopsia si procede, o para su incineración o enterramiento.
Será conocedor de todos los protocolos a seguir en animales para investigación dentro de un hospital.
Cuando un animal sea requerido para una prueba, el celador se encarga de su traslado, proporciona ayuda a los sanitarios durante la investigación, por ejemplo, en la sujeción de animales vivos o de cambios posturales en animales muertos.
En caso de que un animal escape de forma accidental, el celador se encargará de su captura y devolución a la jaula en la que se encontraba.
Debe tener siempre claro, que los animales están siendo utilizados para investigación, es decir, el encariñamiento y la actuación afectiva con el animal, pueden ser contraproducentes a la hora de realizar su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El celador del animalario en un hospital, tiene unas funciones muy distintas a las que realiza en cualquier otro servicio hospitalario.
Debe tener muy claras esas funciones y llevarlas a cabo a la perfección, ya que del bienestar y de la salud de esos animales, dependen muchos procesos de investigación.

Es importante destacar que esos animales no son animales de compañía y que cualquier interacción con ellos, puede perjudicar su trabajo.
Atenderá a estos animales en limpieza tanto del propio animal como de su entorno, alimentación adecuada, cambios en su dieta debido al proceso de investigación, trasladarlos cuando sea necesario y retirarlos en caso de fallecimiento. Esta labor, siempre, con respeto a los animales como fuente de investigación científica, cuyo éxito, llevará al avance en técnicas de cirugía medica en humanos.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/animalario-funciones-celador/
2. El animalario. Funciones del Celador. Incluido en la revista Ocronos. Vol. IV. Nº 3, marzo 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº3: 140
3. Infomédula, Fundación del Hospital Nacional de Parapléjicos. El HNP incorpora un moderno animalario al servicio de la investigación neurocientífica.

Capítulo 227

EL CELADOR Y EL PACIENTE TERMINAL

MARIA LORENZO GARCÍA

LAURA RODRIGUEZ MORENO

ANA ISABEL LORENZO GARCÍA

MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ

1 Introducción

La categoría de celador que presta su servicio en hospitales y centros sanitarios, tiene unas funciones generales, pero, según el servicio en el que trabajen, tienen otras particulares muy diferentes entre sí.
Por ejemplo, el celador del servicio de Anatomía Patológica, no realiza las mismas actividades laborales que un celador de la planta de hospitalización de Pediatría.
Por ello, el personal que trabaja como celador, debe informarse y formarse para llevar a cabo su trabajo con la efectividad profesional esperada por los pacientes.
Hay servicios hospitalarios en las que el trabajo físico del celador es mucho más importante, ya que tiene que trasladar enfermos en sillas de ruedas, camas, camillas, etc., conocer los distintos tipos de posturas y cambios posturales y tiene que tener unos conocimientos de ergonomía para no dañarse físicamente.
También debe ser consciente de la parte del hospital en la que trabaja, de la repercusión psicológica y el desgaste mental que conlleva el trato con algunos pacientes como niños, enfermos terminales, enfermos psiquiátricos, etc.

En el caso del servicio de Medicina Paliativa o el trato con pacientes terminales, el celador, con el resto de sanitarios, tiene que ofrecer las mejores condiciones en sus últimos días de vida. Así mismo, tiene que estar preparado, tanto física como mentalmente, para hacer su trabajo, ya que puede afectarle en su vida personal.

2 Objetivos

Mostrar la necesidad y la obligación de las gerencias, de formar a los celadores que trabajan con enfermos terminales o en servicios de Medicina Paliativa, ya que este tipo de trabajo es, por necesidad del propio paciente, muy personal y puede perjudicar al trabajador de una forma psicológica.

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas y desechando los menos relevantes.

4 Resultados

En el caso de pacientes terminales, el trabajo en los hospitales no trata de curar al paciente, sino de darle todo lo necesario para que el poco tiempo que le quede de vida, lo pase con el mayor confort posible y sin molestias ni dolores.
El celador debe tener especial cuidado con este tipo de pacientes, siendo respetuoso con él, con su dignidad y empático.
El enfermo puede necesitar cambios posturales y es importante que el trabajador conozca las diferentes formas, al menos las básicas, y sepa ayudarles a llegar a dichas posturas, para minimizar o eliminar el dolor, las molestias, la aparición de heridas en la piel y tejidos subyacentes, lesiones, deformidades o contracturas musculares.
Las posiciones básicas son: posición de decúbito, de Fowler, de Sims, y de Trendelenburg.
Ha de conocer también el uso de materiales y aparataje para la movilización correcta del paciente, tales como el rulo sanitario, el elevador hidráulico o grúa, y

las posiciones que ofrece la cama del enfermo y su funcionamiento para atenderle adecuadamente.
Entre sus funciones se encuentra la de vigilar constantemente al enfermo y su entorno (habitación, cama, resto de mobiliario, material), manteniéndole limpio y cómodo, atendiendo a sus necesidades y a cualquier otra demanda dentro de sus posibilidades laborales.
Así mismo, es su obligación cuidar extremadamente su comportamiento frente a los familiares, siendo colaborador con ellos y absteniéndose de hacer comentarios improcedentes o aquellos más allá de sus competencias como celador de un enfermo terminal.
También tiene que saber reconocer las cinco etapas por las que pasa un enfermo terminal y reaccionar correctamente a las mismas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.
El celador debe ser consciente de que su trabajo puede producirle lesiones físicas si no toma las medidas ergonómicas correctas en el traslado y movimiento del paciente. Pero también, al tener que tratar a personas en estas circunstancias con especial cuidado, de una forma tan personal, cuando fallecen, puede llegar a afectarle psicológicamente, incluso a nivel personal, y debe estar preparado.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del celador con pacientes terminales, es muy diferente al resto de funciones que realiza como celador en otros servicios. Aquí, el trato al enfermo es más cercano y empático y debe ser más cuidadoso, tanto física, como psicológicamente, ya que el paciente se encuentra en la etapa final de su vida.
Las gerencias hospitalarias deberían dar una formación especializada a celadores en servicios como Medicina Paliativa o en planta de hospitalización de enfermos terminales, puesto que, aunque la función del celador pueda parecer poco importante, hay que entender que es una de las personas encargadas de su cuidado en los últimos y más dolorosos días de su vida y que, esa labor, puede conllevar un peso psicológico muy importante en el trabajador.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/celador-paciente-terminal/.
2. El papel del celador ante el paciente terminal. Revista Ocronos. Disponible en: https://www.logoss.net/file/1200/download?token=M9Y-b6T7

3. El celador en cuidados paliativos: Las funciones del celador en la movilización del paciente terminal. pdf. Disponible en: https://logoss.net.

Capítulo 228

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE POR EL USO DE MASCARILLAS

ANA ISABEL LORENZO GARCÍA

MARIA ISABEL CANO CUADRA

MARIA LORENZO GARCÍA

MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ

LAURA RODRIGUEZ MORENO

1 Introducción

Debido a la pandemia de la COVID-19, el uso de la mascarilla ha sido imprescindible y obligatoria a la hora de interactuar con otras personas.
Según el experto en psicología, Albert Mehrabian, el 7% de nuestra comunicación consiste en las palabras que pronunciamos, el 38% lo transmitimos como comportamiento verbal, es decir, voz y el 55% de nuestra comunicación es el resultado de la comunicación no verbal o lenguaje gestual, que se ha visto muy reducido con el uso de la mascarilla.
Si a esto le sumamos que muchos de los pacientes que acuden a un centro sanitario, son personas mayores, con hipoacusia, que tienden a centrar más su aten-

ción al movimiento de los labios, nos damos cuenta de los problemas de comunicación que surgen entre el auxiliar administrativo, la primera persona con la que nos encontramos en un centro hospitalario, el nexo entre el paciente y la asistencia sanitaria, y el propio paciente.
El nerviosismo y la preocupación que acompañan a un paciente o familiar al llegar a un centro sanitario, sumado a lo anterior, puede derivar en una conversación poco fluida, problemática, violenta e, incluso, agresiva y esto se ha reflejado en el número creciente de agresiones a trabajadores de los hospitales, durante la pandemia.
Es por ello, que el auxiliar administrativo que trabaja en los hospitales de cara a pacientes, debe recurrir a otras herramientas que, antes, no eran tan necesarias.

2 Objetivos

Mostrar el problema del uso de la mascarilla en la comunicación del auxiliar administrativo con los pacientes/usuarios que son recibidos por él, en los centros sanitarios.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos y títulos en revistas científicas, en internet, en bases de datos como PubMed, Medline y Scielo
Se ha hecho una revisión de todos los datos, se han eliminado los menos relevantes y se ha llegado al desarrollo del siguiente escrito.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en un hospital, al ser la puerta de entrada hacia la asistencia sanitaria, ha visto limitada la fluidez de su comunicación con los pacientes, debido al uso de la mascarilla.
Las personas que acuden a un centro sanitario, lo hacen por un problema propio de salud o el de un familiar, con lo cual, llevan consigo un nerviosismo y la expectativa de ver satisfecha su demanda con prontitud.
El auxiliar administrativo tiene que estar preparado y formado con unas herramientas diferentes a las de su propia voz, para comunicarse con el paciente.

El emisor tiene que tener en cuenta la estructura en su comunicación, el uso de palabras y frases, pero también, al llevar las mascarillas, tiene que aumentar su prosodia, es decir, su énfasis al hablar, su entonación, su volumen, etc.
Unas herramientas que hasta que no llegó la COVID-19, no nos dimos cuenta de su necesidad, son los tableros comunicativos mediante pictogramas por contextos, o el cuaderno de apoyo a la comunicación con el paciente elaborado por CEAPAT (Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas técnicas) que hacen más fácil la comunicación entre el enfermo y el profesional.
El trabajador administrativo en el servicio de Urgencias, por ejemplo, tiene que contar con grandes dosis de paciencia, no incomodarse por tener que hacer la misma pregunta varias veces, y debe intentar ayudar al paciente en la explicación de su problema, siempre desde el respeto y la educación.
Deberá desterrar las frases negativas y expresar al paciente que, en todo momento, estamos dispuestos ayudarle en su demanda de salud.
La empatía y la utilización de las manos para mostrar gestos de apoyo, son extras que nos hemos visto forzados a utilizar, en mayor medida, que antes de la pandemia.
Desde la declaración de COVID-19 como pandemia, han aumentado notablemente las agresiones a trabajadores sanitarios y no sanitarios, y parte de la responsabilidad, la tiene la falta de comunicación o la dificultad en ella, debido al uso de la mascarilla.

5 Discusión-Conclusión

Con la llegada de la pandemia, los hospitales y otros centros sanitarios, se han visto desbordados y colapsados.
Los auxiliares administrativos, que son los que se encargan de recibir y registrar a los pacientes, han sumado a este exceso de trabajo, la frustración de no llegar a comunicarse bien con determinados tipos de usuarios, por el uso de la mascarilla, la ausencia de gesticulación y la distancia de seguridad.
Tanto por el nerviosismo del trabajador como del paciente, se han llegado a dar situaciones incómodas e, incluso, problemáticas.
Esto ha dejado, más que claro, que los hospitales no estaban preparados para una pandemia, pero no solo ya en el ámbito sanitario propiamente dicho, sino en aspectos tan sencillos y necesarios como la comunicación para tratar adecuadamente al paciente.

6 Bibliografía

1. La comunicación establecida entre el personal administrativo y el paciente. Ocronos. Vol. IV. N.º 2–febrero 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; n.º 2: 91.
2. La relación entre el Auxiliar Administrativo y el paciente en el servicio de Urgencias en tiempos del COVID-19. Ocronos. Vol. III. N.º 4 – agosto 2020. Pág. Inicial: Vol. III; n.º 4:410.
3. Albert Mehrabian y su regla 55-38-7" 21 de mayo de 2021. Disponible en: https://edpyn.com/blog-coaching/mehrabian_comunicacion_no_verbal/.

Capítulo 229

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO CON ASPERGER: ASPECTOS Y DIFICULTADES DE SU TRATO CON EL PACIENTE

ANA ISABEL LORENZO GARCÍA

MARIA ISABEL CANO CUADRA

MARIA LORENZO GARCÍA

MARIA ÁNGELES CASAS GOMEZ

LAURA RODRIGUEZ MORENO

1 Introducción

El artículo 35 de la Constitución Española, nos dice que "todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio…."
En el pacto de la bolsa de empleo del SESCAM, queda reflejado que "se reserva un cupo del 7% de los nombramientos que se oferten para personas con discapacidad de un grado igual o superior al 33%, siempre que reúnan los requisitos de la convocatoria, …"
Afortunadamente, cada vez son más las personas con discapacidad física o intelectual, que podemos encontrar en puestos de trabajos hospitalarios.

El síndrome de Asperger es un trastorno del desarrollo incluido dentro del espectro autista y que afecta a la interacción social recíproca, a la comunicación, son personas con resistencia para la aceptación de cambios, con inflexibilidad del pensamiento y con unos intereses estrechos y absorbentes.
Son perfectamente capaces de realizar su labor como auxiliares administrativos en hospitales y centros sanitarios, pero su condición, invisible a la vista, afecta mucho a su trato con el paciente/usuario, llegando a provocar situaciones incómodas e incluso problemáticas, debido a su forma de interactuar con los demás.
Esto conlleva que el trabajador no se sienta completamente integrado y que el paciente que es atendido por él, en un aspecto preocupante de su vida, como es la salud, llegue a pensar que no ha sido tratado adecuadamente.

2 Objetivos

Dar a conocer los aspectos y dificultades que existen en el trato del auxiliar administrativo con síndrome de Asperger y el paciente.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha hecho una búsqueda bibliográfica en revistas científicas, artículos y otra literatura centrada en el tema.
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 integración laboral de las personas discapacitadas es imprescindible en la sociedad, más aún en el ámbito público.
En Sanidad, en los pactos de bolsas de empleo, por ejemplo en el SESCAM, un 7% de las contrataciones, se realizan a personas discapacitadas tanto física como intelectualmente.
Con este capítulo se pretende centrar la vista en que, cuando se trata a estas personas como simples porcentajes y se les ofrece un puesto de trabajo sin prestar atención a su condición, se puede eliminar toda esa intención de integración, ya que se sienten frustrados en su labor, perjudicando su trabajo e, indirectamente, el trato al paciente.

Una persona con Asperger, cuando su condición es conocida por su entorno, tanto social como laboral, no supone problemas. Pero, en el caso de realizar su labor remunerada como auxiliar administrativo en un hospital y tener que enfrentarse diariamente al trato con pacientes, es cuando viene la dificultad en diferentes Aspectos:

- Las personas con Asperger, tienen dificultad para entender la comunicación no verbal, como gestos, expresiones faciales, tono de voz, etc., y todos aquellos mensajes sutiles que se transmiten en dicha comunicación.
Dificultad: por ello, los pacientes que acuden a un centro de salud, a urgencias y demás, pueden llegar a sentirse incomprendidos o tratados sin empatía por parte de la persona que les atiende.
- Si un tema les interesa, pueden hablar largo rato sobre ello, con la dificultad de no saber cuando acabar con la conversación.
Dificultad: en un momento de urgencia, pueden alargar la conversación al verse atraídos por ella y no encontrar el final, haciendo que el paciente/enfermo sienta incomodidad, incluso enfadado.
- En la comunicación, son literales, con lo cual, no entienden la ironía, el sarcasmo, las bromas, las metáforas, etc., recursos muy utilizados en todas las conversaciones.
Dificultad: el paciente/enfermo, al utilizar un lenguaje en el que se usan dichos recursos, puede llegar a no ser entendido y sentirse frustrado en la comunicación.
- Suelen utilizar lenguaje formal, preciso e, incluso, llegan a la pedantería.
Dificultad: el paciente/enfermo puede no entender los tecnicismos que utiliza la persona con la que habla y encontrarse perdido en la comunicación.
- Les resulta muy difícil manejarse en situaciones en las que tiene que interactuar con muchas personas a la vez.
Dificultad: por ejemplo, en el servicio de Urgencias, debe interactuar con pacientes, familiares, compañeros de categoría, con celadores, enfermeros, etc., algo que por su condición, le resulta bastante tedioso.
- Es muy complejo para ellos, expresar emociones propias de una forma convencional.
Dificultad: el paciente/enfermo, puede llegar a creer que la persona que le atiende, reacciona de forma inadecuada, desproporcionada e impropia.
- Suelen ser sensibles a estímulos ambientales, tales como ruidos, luces, olores, sabores… y llegar a sentirse molestos en estas situaciones.
Dificultad: el trabajo del Auxiliar Administrativo en un hospital, suele contar con ruidos, luces, olores, trasiego de personas, etc., dando pie a que el trabajador con

Asperger se sienta nervioso y molesto y no pueda realizar su labor adecuadamente.
Las gerencias hospitalarias deben tener todo esto en cuenta a la hora de encontrarse con un trabajador con Asperger. Una solución sencilla es ofrecerles un puesto adaptado donde realizar su trabajo de una forma totalmente eficiente, sin sentirse infravalorados y sin la presión diaria de trabajar en un ambiente chocante para él e incluso, hostil.

5 Discusión-Conclusión

Si en las bolsas de empleo públicas hospitalarias, no se personaliza la contratación de las personas con discapacidad, tanto física como intelectualmente, si simplemente se les tiene en cuenta como a un número de empleado, no prestando atención a sus dificultades debidas a su condición, dándoles un puesto de trabajo genérico, pueden llegar a sentirse poco útiles, incómodos, infravalorados y se pierde el concepto de integración laboral de personas con discapacidad.
Estos trabajadores pueden llegar a sentirse afectados psicológicamente a causa de todo esto y no realizar su labor correctamente, una labor que, directa o indirectamente, afecta a los pacientes.

6 Bibliografía

1. Confederación Autismo España. Síndrome de Asperger: Todo lo que no sabías sobre este trastorno. 2018.
2. Atalanta Psicología. Síndrome de Asperger en adultos. https://www.atalantapsicologia.es/sindrome-asperger-adultos/.
3. La Moncloa. Título I. De los derechos y deberes fundamentales. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/espana/leyfundamental/.
4. Constitución Española- Texto consolidado (PDF) https://sescam.jccm.es/selecta/fileSelecta.
5. Pacto sobre selección del personal temporal del Servicio de salud de Castilla-La Mancha. (SESCAM). Actualización Enero 2021.

Capítulo 230

EL PINCHE DE COCINA CON ASPERGER Y LA NECESIDAD DE UN COMPAÑERO/APOYO EN SU LABOR

ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO

MONTSERRAT REDONDO PÉREZ

SARA GARCIA PINILLA

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA

1 Introducción

Afortunadamente, el número de personas con discapacidad intelectual en el ámbito laboral, va en aumento, aunque de una forma muy lenta.
Las bolsas de empleo de los hospitales públicos, cuentan con otra paralela, para personas con discapacidad física e intelectual para igualar las condiciones laborales.
En particular, en el pacto de la Bolsa de Empleo del SESCAM, queda reflejado que "se reserva un cupo del 7% de los nombramientos que se oferten para personas con discapacidad de un grado igual o superior al 33%, siempre que reúnan los requisitos de la convocatoria, etc."
La parte negativa es que para las gerencias, estos trabajadores no son más que un número, como el resto de empleados, y no tienen en cuenta el tipo de dis-

capacidad que tienen y si es compatible o no, con el puesto de trabajo que se les oferta.
A la hora de realizar su actividad laboral, se pueden encontrar con barreras que no han sido tenidas en cuenta, haciendo sentirse a la persona infravalorada y anulando el proceso de integración del que tanto se presume.
Al no poder realizar su trabajo adecuadamente, puede llegar a perjudicar a otros compañeros y al servicio sanitario en el que trabaja e, incluso, ser un perjuicio para los pacientes/usuarios de un hospital.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende mostrar que la integración laboral en el sector público, de las personas con discapacidad física o intelectual es un espejismo, ya que las gerencias no tiene en cuenta la compatibilidad de dicha capacidad, con el puesto de trabajo que se les oferta.

3 Metodología

Se ha buscado en artículos de revistas científicas y de información médica, se ha hecho una revisión bibliográfica y, con la propia experiencia como trabajadora en la cocina de un hospital con un compañero con Asperger, se ha llegado a la realización de esta comunicación.

4 Resultados

Una parte importante en un hospital es la cocina, ya que la buena y adecuada alimentación del paciente, es fundamental en su mejoría durante su estancia hospitalaria.
El trabajo en la cocina hospitalaria es una labor en equipo y la mayor parte de él, en cadena, con lo cual, cada uno de los empleados es importante.
Hay trabajadores con capacidades intelectuales distintas a las ”neurotípicas”, como por ejemplo, las personas con TEA o con Asperger.
Las personas con Asperger, tienen dificultades para trabajar en equipo y para comprender el mundo mental de los demás y no entienden de claves sociales que puedan ayudarles en su conducta.
Suelen mostrar dificultades atencionales que se pueden reflejar en el entorno laboral.

Se ha dado el caso, de una persona que debido a su condición Asperger, tardaba mucho más en realizar sus labores, ya que era extremadamente concienzudo y perfeccionista, centrándose en detalles sin importancia, retrasando todo el trabajo e impidiendo que las dietas llegaran a tiempo a los pacientes.
Del mismo modo, al interactuar con los TCAE, encargados del reparto de dietas a los pacientes, han surgido situaciones incómodas, incluso problemáticas desde el punto de vista de la comunicación.
Esa persona con Asperger, sí, cuenta con un puesto de trabajo remunerado, se le supone ”integrado” laboralmente, pero a la hora de la verdad no es así.
Con lo cual, esas personas, necesitan un compañero que pueda apoyarles y guiarles en su trabajo continuamente, sin llegar a hacerles sentir infravalorados o que las gerencias hospitalarias, les ofrezcan un empleo adaptado a sus necesidades y en el que puedan sentirse completamente realizados.
Hay que recordar, que todo problema que surja, en cualquiera de los servicios de un hospital, repercute directa o indirectamente, en los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Todo el mundo tiene derecho a un trabajo digno, independientemente de sus capacidades físicas e intelectuales y así nos lo hace saber el artículo 35 de la Constitución Española.
Ya ha ocurrido algún conflicto, cuando por ejemplo, una persona con Asperger, decide hacer su trabajo de otra manera o en solitario, y el resto de compañeros se sienten sobrecargados para llegar a los objetivos que de ellos se esperan.
En algunos hospitales, ya se contrata a otra persona como acompañante/apoyo de un trabajador con Asperger en la cocina hospitalaria, para ayudarle en su labor pero, sobre todo, como guía para interactuar con el resto de compañeros.

6 Bibliografía

Confederación Asperger España. Síndrome de Asperger y otros TEA. ”Síndrome de Asperger en la edad adulta”. https://www.asperger.es/asperger_adultos.html
Atalanta Psicología. ”Síndrome de Asperger en adultos”. https://www.atalantapsicologia.es/sindrome-asperger-adultos/

Capítulo 231

EL PINCHE DE COCINA Y LA LIMPIEZA INTERNA DE LOS CARROS ISOTÉRMICOS UTILIZADOS EN LA COCINA HOSPITALARIA DEL HUT

ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO

MONTSERRAT REDONDO PÉREZ

SARA GARCIA PINILLA

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA

1 Introducción

La alimentación del paciente ingresado en un hospital, forma parte importante en su cuidado y recuperación.
Se tiene que tener recelo en la preparación de los productos, la elaboración, el emplatado pero también, durante el transporte de las dietas.
Los carros isotérmicos, cada vez son más utilizados en cocinas hospitalarias, para hacer llegar a la planta las comidas de los pacientes.
Por ejemplo, son los usados en la cocina hospitalaria del Hospital Universitario de Toledo, desde su inauguración.
Durante el traslado, al salir o entrar a ascensores, el carro isotérmico se puede encontrar con resaltos o badenes, que impliquen salpicaduras dentro de ellos.

La limpieza de dicho sistema de transporte es esencial, sin olvidarse de la parte interna de ellos, ya que es la que se encuentra en contacto directo con los alimentos.
Todo el trabajo de preparación, elaboración, cuidado de las temperaturas, el aislamiento de las dietas especiales, etc., puede verse estropeado por la falta de limpieza en el carro isotérmico que se utiliza para hacer llegar la dieta al enfermo.
La persona encargada del equipo de la cocina, debe formar a todos y cada uno de los pinches para realizar una limpieza exhaustiva de estos carros y así, evitar problemas como la contaminación cruzada.

2 Objetivos

Con el siguiente capítulo se quiere hacer énfasis en la importancia de la limpieza del interior de los carros isotérmicos, labor que debe realizar el Pinche de cocina en un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha hecho una búsqueda en internet sobre los carros isotérmicos y se han revisado los datos extraídos. Se ha recurrido a la experiencia laboral, por una parte de los autores arriba indicados, trabajadores en el Hospital Universitario de Toledo, en la categoría de Pinche.

4 Resultados

Los carros isotérmicos que sirven como aislamiento, de control de temperatura de las dietas y de su transporte desde su elaboración y emplatado en cocina hospitalaria, hasta el paciente, deben ser limpiados diariamente por parte del Pinche de cocina y, periódicamente, se deben extraer las partes internas de los mismos y hacer una limpieza exhaustiva.
La parte interna de los carros es la que está en contacto directo con las dietas y, durante el transporte, se pueden ocasionarse salpicaduras.
El panel que separa la parte trasera de la delantera del carro, se extrae empujando de la misma hacia dentro y levantándola.
Las piezas metálicas que sirven para la separación de las bandejas, se sacan levantando ligeramente la pieza y tirando de ella.

Los listones separadores a cada lado de la parte interior del carro, que sirven para deslizar la bandeja, se extraen tirando hacia abajo y hacia fuera.
Entre los paneles laterales y los externos del carro, se aprecia una especie de pinza, que al presionar hacia abajo con los dedos, permite que el panel se separe y poder limpiar toda esa parte.
El Pinche, una vez retiradas todas las partes, limpiará cada una de ellas y el carro por dentro con los productos adecuados, para que no quede nada que pueda contaminar las dietas.
El trabajador está en la obligación de conocer todas y cada una de las partes de un carro isotérmico para realizar su trabajo de higienización y es el responsable inmediatamente superior a él, el que debe formarlo.
Todo el arduo trabajo que se realiza en una cocina, para que el paciente reciba su alimentación en perfecto estado, se puede ver en peligro si el carro en el que se transporta no está totalmente limpio.

5 Discusión-Conclusión

La limpieza de los carros isotérmicos en fundamental para evitar contaminaciones en las dietas.
En la parte interna del carro, entre las piezas, pueden quedar salpicaduras o restos de comida que a simple vista no llaman la atención, pero pueden llegar a convertirse en un verdadero peligro para el paciente.
Por ello, el pinche debe ser conocedor de la extracción, limpieza y colocación correcta de esas piezas, para garantizar que al paciente, le llegue su comida en perfecto estado tanto nutricional como libre de bacterias y de contaminación cruzada.
Esto debe realizarse periódicamente y siempre del mismo modo, no dejando ninguna pieza sin extraer o limpiar.

6 Bibliografía

Hospital Universitario de Getafe. ”Un sistema de carros isotérmicos mejora la calidad de la comida de pacientes del Hospital de Getafe” https:/www.comunidad.madrid/hospital/getafe/noticia/sistema-carros-isotermicos-mejora-calidad-comida-pacientes-hospital-getafe
Se añade a esta bibliografía, la experiencia laboral de algunos de los autores de este capítulo.

Capítulo 232

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, EL TÉCNICO ADMINISTRATIVO Y EL TELEFONISTA HOSPITALARIOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO

MONTSERRAT REDONDO PÉREZ

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA

SARA GARCIA PINILLA

1 Introducción

Los trastornos del espectro autista (TEA), son discapacidades del desarrollo debidas a diferencias en el cerebro.
Las personas con TEA, suelen tener problemas a la hora de comunicarse con otras personas, ya que una de sus características es evitar el contacto visual, muy importante a la hora de tratar con pacientes.
La empatía tampoco es una característica que comprendan, con lo cual, es imposible que llegan a sentirla.
Si encuentran alguna parte interesante en una conversación, pueden llegar a no ser capaces de parar de hablar, sin alcanzar un punto determinado para ayudar al paciente.

Para ellos, es muy difícil trabajar y concentrarse en ambientes ruidosos y con mucho trasiego de personas.
Las gerencias hospitalarias tratan de incluir a las personas con discapacidad física o intelectual en el entorno laboral.
La parte negativa es que no se paran a analizar si el empleo que ofrecen a una persona con TEA es compatible o no con su condición, pudiendo llegar a desestabilizarle y a que su integración laboral no sea más que un espejismo.
Siendo el Auxiliar Administrativo la primera persona que recibe a los usuarios en los centros sanitarios, es muy importante la interactuación entre ambos, no llegando a ser posible esto al 100%, con personas con TEA, perjudicando también para los pacientes.

2 Objetivos

Con este capítulo se quiere hacer entender la dificultad que tiene una persona con TEA para trabajar como Auxiliar Administrativo o Telefonista en un hospital.

3 Metodología

Se ha hecho una búsqueda bibliográfica sobre el tema a tratar, se han extraído los datos más importantes mediante revisión y se ha llegado a la redacción del mismo.
Se ha contado también con la experiencia laboral de parte de los autores, como auxiliares administrativos hospitalarios, prestando servicios junto a un compañero con TEA, siendo conscientes de los problemas a los que se enfrenta por su condición y que terminan perjudicando de forma directa o indirecta al paciente/usuario.

4 Resultados

Las bolsas de empleo público, tienen la obligación de contratar a un número de personas con discapacidad física e intelectual con un grado igual o superior al 33%, para ayudarles en su integración laboral.
El Auxiliar Administrativo en un hospital, es la primera persona con la que un paciente o familiar de un paciente, se encuentra al llegar a un centro o consulta hospitalaria.

Puede que en alguna ocasión, en Auxiliar Administrativo o el Telefonista que nos trate, tenga TEA, siendo perfectamente capaz de realizar su labor, pero con algunas diferencias a la hora de comunicarse, tanto de forma presencial como telefónica, y eso pueda provocar irritación en la persona demanda sus servicios.
Las personas con TEA, tienen dificultades al interactuar socialmente, evitan el contacto visual con la otra persona, no comprenden los gestos faciales, corporales o verbales, tampoco entienden los cambios en el tono de voz, el sarcasmo, la ironía, etc.
Suelen molestarse cuando algo cambia en su rutina y son hipersensibles a los ruidos fuertes.
Una de sus mayores virtudes, es la capacidad de recordad y su buena memoria.
Es muy importante el apoyo a una persona con TEA, por parte de los compañeros de trabajo y sus superiores, dado que al estar en una ventanilla de cara a la atención al paciente, puedan socorrerle en momentos que puedan llegar a ser conflictivos, sin que se sienta infravalorado.
De ahí, que sea esencial preparar a los empleados de un hospital en el trato con estas personas para facilitarles su labor y su inclusión laboral.
Otra opción, la más plausible, sería que cuando una gerencia hospitalaria ofrece un puesto de trabajo a una persona con TEA, perfectamente preparada académicamente para ello, tenga en cuenta esta condición y su compatibilidad con el puesto que se le ofrece. En caso negativo, deberían poder brindarle un puesto adaptado dentro de sus posibilidades y favorecer su integración laboral, haciéndole sentirse realizado.

5 Discusión-Conclusión

Las personas con TEA, realizan su trabajo eficazmente, pero debido a sus problemas de comunicación pueden ser malentendidos a la hora de tratar con pacientes que acuden a un centro sanitario.
Evidentemente, el paciente que es atendido por un auxiliar administrativo con TEA, no tiene por qué conocer este aspecto y puede llegar a sentirse molesto con su comportamiento diferente al de las personas ”neurotípicas”.
Por ello, es indispensable, que los empleados de un hospital, entiendan lo que es el TEA para poder interactuar con la persona que lo padece y prestarle su ayuda en cualquier conflicto, y deberían ser las gerencias hospitalarias, las que ofrecieran esas herramientas informativas.
Del mismo modo, las gerencias deberían, antes de ofrecer un puesto de trabajo a una persona con discapacidad física o intelectual, examinar su caso y su compat-

ibilidad con el puesto que le ofrecen, ya que en caso contrario, pueden sentirse infravalorados por no poder realizar adecuadamente su trabajo, y que la integración laboral tenga el efecto totalmente contrario al esperado.

6 Bibliografía

Fundación Erik Lövaas para autismo. ”Signos de autismo en adultos”. https://fundacioneriklovaas.org
National Institute of Mental Health. ”Trastornos del Espectro Autista” https://www.nimh.nih.gov/health

Capítulo 233

ORGANIZACIÓN Y TAREAS DEL PINCHE EN LA ZONA DE ELABORACIÓN DE ALIMENTOS EN LA COCINA HOSPITALARIA

SARA GARCIA PINILLA

ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO

JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA

MONTSERRAT REDONDO PÉREZ

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

1 Introducción

En la cocina hospitalaria nos encontramos con pinches que enfocan su trabajo en las plantas del hospital y, pinches, que realizan su trabajo dentro de la cocina ayudando en la preparación de alimentos. Estos últimos se convertirán en el apoyo del cocinero para la elaboración de los mismos y de esta manera preparar la comida o la cena para los enfermos.

A continuación, veremos que la organización será similar tanto en el turno de mañana como en el turno de tarde, pero habrá diferencias en cuanto a las tareas a realizar.

La gobernanta será la encargada de hacer un cuadrante donde quede reflejado el reparto y organización de tareas, que se distribuirán de manera equitativa,

teniendo en cuenta que cada día se rotará.Los trabajos a realizar y su organización serán claros y específicos para que todos los pinches conozcan sus funciones y, de esta manera, la comida esté preparada a la hora de empiece de la cinta de emplatado. Además tendrán que dejar todo limpio para el turno siguiente.
Es importante decir que en cada hospital nos encontraremos con una forma de trabajar, de organización y de número de pinches que ayudarán a los cocineros, pero todo ello con un objetivo común que es el de lograr un buen funcionamiento de la cocina hospitalaria.

2 Objetivos

- Conocer la organización y funciones del pinche en la zona de elaboración de la cocina hospitalaria.
- Descubrir cuáles son las tareas en el turno de mañana y en el turno de tarde.

3 Metodología

El estudio y desarrollo de este tema está basado en la lectura de páginas web relacionados con el tema propuesto y, también, de algún libro. Cabe destacar que nos hemos apoyado en nuestra experiencia propia y, que junto a estos dos aspectos se ha seleccionado la información más relevante y se ha redactado.

4 Resultados

Tanto en el turno de mañana como en el turno de tarde habrá un número determinado de pinches de cocina que se organizarán y repartirán las tareas para llevar a cabo el trabajo de manera efectiva.
Como hemos dicho anteriormente, estas tareas,tendrán un carácter rotatorio, es decir, cada día el pinche realizará una tarea nueva, evitando trabajos repetitivos que podrían tener, a la larga, consecuencias negativas en el trabajador. Además,el pinche, será conocedor de todas las tareas que se realizan en la cocina, evitando estancarse en algún puesto.
En la cocina nos encontraremos que los pinches tanto en el turno de mañana como en el turno de tarde, estarán organizados de la siguiente manera: pinches encargados de la cocina, pinches encargados de las planchas y freidoras, pinches encargados de las ollas y basculantes y pinches encargados del fregadero o plonge.

En cuanto a las tareas que realizan destacamos las siguientes:

- A primera hora de la mañana o de la tarde todos los pinches, en conjunto, se dirigirán al cuarto de las verduras y se encargarán de preparar las materias primas necesarias para la comida o la cena necesarias para ese día, siempre bajo la supervisión de los cocineros. Los pinches encargados de la cocina son los que prepararán las materias primas necesarias para las túrmix que haya en la jornada (comida/cena) y los pinches encargados de las ollas y basculantes prepararán las materias primas necesarias para hacer el caldo y lo echarán en la olla bajo bajo la supervisión del cocinero.

Una vez preparado todo se procede a limpiar el cuarto de las verduras para que quede recogido y, a continuación, pasarán por los diferentes cuartos de pescado y carne para ayudar a los cocineros en cualquier tarea que pidan.

- Los pinches encargados de las planchas y freidoras tendrán que filtrar o desechar el aceite de las freidoras si fuera necesario antes de usarlas los cocineros, para que el aceite esté limpio antes de su uso.
- Cuando las túrmix estén hechas,los pinches encargados de la cocina, serán los encargados de triturarlas, ponerlas en los gastronorm necesarios y emplatar las especiales que haya en dicha jornada como pueden ser las túrmix espesas naturales, túrmix para algún paciente alérgico, etc. Después,tanto en el turno de mañana como en el turno de tarde se encargarán de limpiar los fogones y las mesas que haya alrededor, así como la limpieza de hornos en el turno de tarde.
- Los pinches encargados de las ollas y las basculantes, ayudarán al cocinero a sacar los alimentos en los gastronorm si fuera necesario y , posteriormente, se encargará de limpiar las basculantes. Durante el turno de tarde tendrán que sacar todo el caldo que ya estará hecho y limpiarán la olla. También ayudarán en la limpieza de hornos.
- Los encargados de la planchas y freidoras tendrán que limpiar las mismas si han sido usadas y dejar limpia la zona.
- Por último los pinches encargados del fregadero o plonge se limitarán a fregar los gastronorm, besugueras y todos los utensilios que usen en esa jornada, además de los gastronorm y bandejas que se usen en la cinta de emplatado. También podrá ayudar en la limpieza de algún cuarto.

En cuanto a la limpieza de cuartos de carne, pescado y varios cabe destacar que se realiza entre todos los pinches.

5 Discusión-Conclusión

Bajo nuestra experiencia propia,hemos podido ver de una manera generalizada,las diferentes funciones que tienen los pinches en las zonas de producción en la cocina hospitalaria de un hospital en concreto, el HUT y cómo se organizan. El orden y el reparto de tareas será fundamental para conseguir un buen funcionamiento de la misma, para ello, es imprescindible que la gobernanta confeccione un cuadrante cada mes donde quede reflejado la organización de los pinches, siempre teniendo en cuenta que sea de carácter rotatorio. Sería interesante la elaboración de una hoja donde quede resumido las tareas a realizar en cada puesto, ya que muchas veces entran pinches sustitutos y desconocen el trabajo que tienen que realizar.

6 Bibliografía

- ED. MAD, SESCAM
- www.congresoicepa.com
- www.revistamedica.com

Capítulo 234

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, EL TÉCNICO ADMINISTRATIVO Y EL TELEFONISTA HOSPITALARIOS: PACIENTES TRANSGÉNERO EN ADMISIÓN GENERAL

JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA

ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO

SARA GARCIA PINILLA

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

MONTSERRAT REDONDO PÉREZ

1 Introducción

El B.O.E. recoge la publicación de la Ley para la igualdad real y efectiva de las personas LGTBI (”ley trans”) que entra en vigor el 2 de marzo de 2023.
Muchas personas transgénero, sobre todo menores de 16 años, aún no tienen su documentación regularizada en cuestión de género y nombre, ya que la burocracia tiene unos plazos de actuación para la realización de estos cambios.
Cuando acuden a un centro sanitario o tienen que ser ingresados, esta condición, si no se tiene en cuenta, puede provocarles problemas que les influye de forma

muy negativa, psicológicamente hablando y se demuestra que aún no se ha llegado a la integración total social y sanitaria de este colectivo.
Es muy importante la formación del Auxiliar Administrativo por parte de las gerencias, en estos aspectos. El problema viene, cuando esta formación es inexistente o, en caso contrario, lo es pero sólo a nivel voluntario. Es decir, si se dan cursos de formación a este respecto, pero sólo lo reciben las personas concienciadas, se seguirán cometiendo los mismos errores que perjudican a este colectivo. Un Auxiliar Administrativo tiene que tratar a todos los pacientes/usuarios con respeto hacia su dignidad y, en muchos casos, no ocurre con las personas transgénero.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden mostrar los errores que pueden cometerse muy fácilmente a la hora de ser ingresadas personas transgénero.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha hecho una búsqueda bibliográfica de datos, se ha realizado una revisión, se ha tomado en cuenta la Ley Trans, se han realizado entrevistas con personas transgénero que evidentemente tienen que quedar en el anonimato y se ha llegado a la redacción del siguiente texto.

4 Resultados

Cuando una persona transgénero tiene que ser ingresada en un hospital por enfermedad o para una intervención quirúrgica, se puede dar el caso, de que en su DNI o tarjeta sanitaria, aún permanezcan los datos que sus padres eligieron para esa persona en su nacimiento, y que al ser tan reciente la Ley Trans, no haya tenido tiempo de cambiarlos.
En caso de que el trabajador perciba que el nombre y el género indicados en la documentación no son coincidentes con la persona que tiene delante, siempre con discreción y respeto, deberá pedirle que indique dichos datos, para la corrección de los mismos en la Historia Clínica. Si el programa o aplicación informática a utilizar por el hospital no se lo permite, deberá dejar reseña en el mismo o comunicárselo a la persona indicada o encargada de los cambios de datos de los pacientes en las historias clínicas, para solucionar la situación a la mayor brevedad

posible.
Si el Auxiliar Administrativo de Admisión General del hospital no realiza su trabajo bien, o no está concienciado y formado en este tema y no cambia dichos datos, puede asignar una cama para el ingreso de esa persona en una habitación, haciendo que comparta la misma, con otro paciente de género distinto al suyo, es decir, que le asignen una cama siendo mujer, en una habitación con un hombre o viceversa, añadiendo a la inquietud del paciente por su problema de salud, la humillación de ser tratado de forma discriminatoria.
Del mismo modo, el auxiliar administrativo debe saber gestionar la situación frente a la persona de forma natural, sin hacerle sentir humillado, violento o disgustado.
Este tipo de errores a la hora de acudir a un centro sanitario, ha provocado a las personas transgénero una inseguridad añadida a la hora de recibir asistencia, llegando incluso a no acudir al servicio de Urgencias cuando lo necesitan.

5 Discusión-Conclusión

Al ser la Ley Trans tan reciente, y al no poder haber cambiado sus datos, muchas de las personas de ese colectivo, en el momento de ingreso o al gestionar la historia clínica de un paciente, si el auxiliar administrativo no trata el tema con naturalidad, no cambia los datos en la historia clínica y no comprueba los datos con la persona con educación y respeto, puede hacer que se cometa un error en la asignación de habitación y cama.
El paciente puede sentirse humillado y discriminado y es obligación de las gerencias de los hospitales, formar a los trabajadores en este sentido y concienciarles en el trato natural con estas personas.

6 Bibliografía

Ley 4/2023, de 28 de febrero para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100004
Index de Enfermería versión On-line ISSN 1699-5988versión impresa ISSN 1132-1296
Index Enferm vol.29 no.1-2 Granada ene./jun. 2020 Epub 19-Oct-2020

Capítulo 235

LA GOBERNANTA DE LA COCINA HOSPITALARIA: OBLIGACIÓN DE CONOCER LAS PARTES EN LAS QUE SE DIVIDE LA COCINA DE UN HOSPITAL

ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO

MONTSERRAT REDONDO PÉREZ

SARA GARCIA PINILLA

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA

1 Introducción

La Gobernanta, en una cocina hospitalaria, tiene que ser conocedora de las diferentes partes de la misma, para poder organizar al equipo de pinches.
Tiene que conocer el número de personas que requiere cada tarea y parte de la cocina, para organizar el trabajo, y las horas en las que se debe hacer cada actividad.
Los trabajadores de cada parte de la cocina de un hospital, no deben entrar a otras estancias sin haber tomado las medidas higiénicas necesarias, ya que puede contaminar los alimentos y estropear toda la elaboración.

La Gobernanta debe vigilar que los trabajadores, no transportan alimentos crudos a zonas de comidas ya elaboradas, ni de unas salas de uso único de un tipo de alimentos a otra. Por ejemplo: está prohibido introducir carne en las salas de pescado o verdura, y viceversa.
También tiene que vigilar los tiempos que se tarda en realizar cada tarea, para que a los pacientes les lleguen sus ingestas en el horario establecido por el hospital.
Es parte de su trabajo, también, ocuparse de que las puertas de separación entre todas las partes de la cocina hospitalaria, permanezcan debidamente cerradas en todo momento.
Debe conocer cada uno de los utensilios de cocina que se utilizan y la maquinaria que se emplea, tanto en la preparación como en la elaboración, envasado y emplatado de las comidas.

2 Objetivos

Dar a conocer la obligación de la Gobernanta de una cocina en un hospital, sobre el conocimiento de las partes en las que se divide la misma y de la actividad que se realiza en ellas.

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Así mismo, se ha tomado en cuenta, la experiencia laboral de parte de los autores, en la cocina del Hospital Universitario de Toledo.

4 Resultados

La cocina de un hospital, se divide, a grandes rasgos, en las partes que a continuación se enumeran:
- Zona de preparación de alimentos: cuarto de carne, cuarto de verduras, cuarto de pescados y cuarto de varios. Es donde se prepara cada tipo de alimento para su posterior elaboración.

Nunca debe introducirse alimentos de unas salas a otras, es decir, en la sala de verduras, no puede entrar nunca carne o pescado, ni tampoco productos ya elaborados.
- Zona de elaboración: esta zona está equipada con freidoras, planchas volcadoras, hornos, cocinas de fuegos, ollas pendulantes y de volcado automático también, etc. Y es donde realizan su parte del trabajo los cocineros, ayudados por los pinches.
- Plonge: el lugar donde se encuentra el lavavajillas del utillaje de cocina y donde se almacena el mismo una vez limpio. Cuenta también con un triturador de basuras para desechar los restos sobrantes de alimentos, y de dos fregaderos para eliminar la suciedad más incrustada antes de meter el utillaje en el lavavajillas.
- Zona de emplatado: dos cintas circulantes en las que a ambos lados, una vez elaborada la comida, se sitúan los carros calentadores, con los gastronoms, con los alimentos a servir y los pinches de cocina, para su labor de emplatado, junto a cubiertos, agua y demás. También cuentan con unos armarios calientes, tres en concreto, donde se almacena la comida elaborada para reponer en los carros calentadores. Uno de esos armarios, se utiliza únicamente para el almacenaje de dietas especiales, que se saca justo en el momento en que llega su emplatado en la bandeja correspondiente.
- Zona de carros: donde se encuentran situados los carros isotérmicos en los que se van a introducir las bandejas con las dietas y las estaciones donde se enchufan, hasta el momento de su transporte a las plantas.
- Zona de lavavajillas: la zona en la que se encuentra el triturador de basuras, la cinta transportadora de las bandejas de vuelta de las plantas y el lavavajillas.
- Zona de basura: situados allí los contenedores de restos y donde llegan los residuos del triturador de basuras.

Todas estas zonas se encuentran separadas, las puertas deben permanecer siempre cerradas y si se pasa de una parte de la cocina a otra, se deben tomar las medidas higiénicas oportunas antes de hacerlo.
Es la gobernanta la encargada de vigilar que todos los trabajadores cumplan con estas normas sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

Es imperativo que la gobernanta en la cocina de un hospital, conozca todas y cada una de las partes en las que se divide la cocina en la que presta sus servicios, la actividad que se realiza en ellas, las medidas de seguridad e higiene y vigilar y

hacer cumplir todas ellas, ya que, en caso contrario, es el paciente hospitalizado el perjudicado.
También debe controlar el tiempo que se tarda en realizar cada actividad, puesto que los pacientes tienen un horario fijado y en algunos casos, estricto, para su alimentación.
Debe conocer también las prohibiciones en una cocina y las obligaciones de los pinches de cocina a su cargo.

6 Bibliografía

1. Cocinas hospitalarias. Nutrición Clínica. Hospitecnia.com. Disponible en: https://hospitecnia.com/documentacion/cocinas-hospitalarias-nutricion-clinica/.
2. Restauración Colectiva. El portal de referencia para los profesionales del sector. El diseño de cocinas hospitalarias. Principios genéricos (parte 1). Disponible en: https://www.restauracioncolectiva.com/n/el-diseno-de-cocinas-hospitalarias-principios-genericos-parte-1.

Capítulo 236

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LOS PACIENTES CONFLICTIVOS EN LA ENTRADA DE ADMISIÓN

MAXI MARTINEZ MAYORDOMO

MARIA LORETO LOPEZ PALACIOS

ALICIA CASTILLO SANCHEZ

PILAR TEJADA LEIVA

PEDRO JAVIER CUEVAS CARRASCO

1 Introducción

El auxiliar administrativo en admisiones de un hospital, debe de tener siempre un trato correcto y cordial con el paciente, intentando resolver las necesidades de dicho paciente con destreza y educación, intentando siempre mantener la calma. Hay determinados pacientes con una actitud un poco conflictiva, muchas veces porque le falta información, otras simplemente por el diagnóstico que se le ha dado, etc. Ante estas situaciones suelen estar muy nerviosos, con lo que seguro entraran en conflicto fácilmente.
En este trabajo se explica el papel del auxiliar administrativo en admisiones del centro, puesto que va a ser muy importante cómo le haga sentir al paciente. Será una baza muy importante para calmar los ánimos y que la comunicación sea adecuada.

Si el paciente se lleva la información correcta, su actitud cambiará y, si nosotros conseguimos estar calmados ante el paciente, él irá bajando el nivel de agresividad. Es muy importante que se sientan escuchados, con lo que se conseguirá mejor comunicación.
Seguramente en algunas ocasiones sea complicado, puesto que hay pacientes que simplemente buscan el conflicto, aun así será muy importante que mantengamos la calma, puesto que estos pacientes son más agresivos, algo que debemos evitar a toda costa.

2 Objetivos

- Aprender a captar qué tipo de paciente tenemos delante.
- Evaluar la evolución del paciente y su comportamiento.

3 Metodología

Para este trabajo hemos visitado páginas webs del auxiliar administrativo de cara al público, tanto en el ámbito sanitario, como en páginas relacionadas con personas conflictivas en general.
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, para encontrar las diferentes reacciones de la gente conflictiva.

4 Resultados

En la entrada de admisiones nos podemos encontrar varios tipos de personas y pacientes, y por ello podemos hablar de la actitud conflictiva.
Hay pacientes agresivos y conflictivos, que normalmente muestran desde el inicio una actitud amenazadora verbalmente, aportando graves faltas de respeto y algunas veces hasta físicamente, lo que quieren es que les des la razón, aunque solo sea para que no provoque más problemas, por los demás pacientes.
Están los pacientes enfadados, estos suelen estarlo bien por el tiempo de espera o por la falta de información. Este paciente en concreto suele ser amenazador verbal.
Los pacientes manipuladores van haciéndose las víctimas de su falta de información, del tiempo que llevan ahí sin que le den ninguna solución, todo ello para que

te pongas en su situación y les adelantes o les antepongas a los demás pacientes.
El trabajo como auxiliar administrativo puede pasar por diferentes fases, todo dependerá del paciente y también de como el profesional sepa enfrentar las situaciones. Se debe mantener siempre la calma y no tomarnos nada personal, ya que si no, no será buena nuestra relación con el paciente, y la conversación no avanzará.
Una vez avance nuestra comunicación y nuestra actitud sea adecuada, el paciente dejará de estar alterado y será capaz de escuchar, por lo que será mucho más fácil llegar a una comunicación fluida y todo se resolverá satisfactoriamente, lo cual será bueno para el paciente y para nosotros.
Seguramente algunas cosas se podrán resolver en el momento y las que no puedan ser resueltas inmediatamente, si la conversación es fluida y correcta, es muy probable que se pueda resolver en un tiempo breve, por lo que el paciente al final se irá satisfecho, que es de lo que se trata en esos momentos.

5 Discusión-Conclusión

Se destaca el trabajo de auxiliar administrativo alejado de la calma calmado y exento de problemas, sobre todo en las zonas de admisiones, que es donde los pacientes van a ir a buscar soluciones.
El auxiliar administrativo tiene que estar capacitado para el trato con todo tipo de pacientes, debe tener la formación correcta y saber como transmitirla a los pacientes, para que ellos se sientan informados.
La comunicación no verbal es tan importante como la verbal, puesto que según como actúe el auxiliar administrativo, puede estar transmitiendo inseguridad, y el paciente ya tiene sus propias preguntas, que el profesional debe solucionar.

6 Bibliografía

1. Manual básico del auxiliar administrativo.
2. Experiencia laboral. Disponible en: www.formacurae.es.
3. www.revista médica.com.

Capítulo 237

LA GOBERNANTA DE COCINA HOSPITALARIA Y LA DISPOSICIÓN DEL PINCHE EN LA CINTA DE EMPLATADO

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

SARA GARCIA PINILLA

JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA

ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO

MONTSERRAT REDONDO PÉREZ

1 Introducción

La cocina hospitalaria desempeña un papel crucial en la atención médica, ya que proporciona alimentos nutricionalmente equilibrados y seguros para los pacientes. La calidad de la comida y el cumplimiento de los estándares de higiene son fundamentales para promover una pronta recuperación y prevenir la transmisión de enfermedades en un entorno hospitalario. La gestión eficiente de la cocina hospitalaria implica una planificación adecuada, la utilización de técnicas de preparación de alimentos adecuadas y una disposición efectiva del personal y los utensilios en la cinta de emplatado.

La disposición adecuada del pinche de cocina en la cinta de emplatado es esencial para mantener un flujo de trabajo eficiente y seguro en la cocina hospitalaria. El pinche de cocina, también conocido como ayudante de cocina, desempeña un papel crucial en la preparación y presentación de los alimentos antes de ser servidos a los pacientes. La organización estratégica del pinche de cocina y sus utensilios en la cinta de emplatado puede optimizar el tiempo, minimizar los errores y garantizar la seguridad alimentaria, lo que a su vez mejora la calidad general del servicio de comidas en el entorno hospitalario.

En este capítulo, exploraremos los fundamentos científicos y las consideraciones prácticas que respaldan la disposición adecuada del pinche de cocina en la cinta de emplatado. Analizaremos la ergonomía y el flujo de trabajo eficiente, los principios de higiene y seguridad alimentaria, y los beneficios de la optimización del tiempo en la cocina hospitalaria. Además, examinaremos el proceso de emplatado, desde la preparación y distribución de ingredientes hasta la manipulación correcta de los alimentos, destacando la importancia de una disposición organizada y segura.

A medida que avanzamos en este capítulo, se destacará cómo la disposición adecuada del pinche de cocina en la cinta de emplatado puede impactar significativamente en la eficiencia operativa, la reducción de riesgos alimentarios y la promoción de un entorno laboral seguro. Estas consideraciones son fundamentales para garantizar una gestión efectiva de la cocina hospitalaria y brindar un servicio de alimentación de calidad a los pacientes en su proceso de recuperación.

2 Objetivos

* Analizar los fundamentos científicos detrás de la disposición adecuada del pinche de cocina en la cinta de emplatado en el contexto de la cocina hospitalaria. Esto implica examinar conceptos como la ergonomía y el flujo de trabajo eficiente, así como los principios de higiene y seguridad alimentaria que respaldan esta práctica.

* Explorar las consideraciones prácticas relacionadas con la disposición del pinche de cocina. Esto incluye discutir el diseño de la cinta de emplatado, la organización y distribución del espacio, así como los materiales y utensilios adecuados que facilitan una disposición eficiente y segura.

* Describir el proceso de emplatado en la cocina hospitalaria y cómo la disposi-

ción adecuada del pinche de cocina juega un papel crucial en este proceso. Esto implica abordar aspectos como la preparación y distribución de ingredientes, la orden y secuencia de emplatado, y la manipulación correcta de los alimentos para garantizar la calidad y seguridad de las comidas en el entorno hospitalario.

* Destacar el impacto de la disposición adecuada del pinche de cocina en la eficiencia operativa de la cocina hospitalaria. Esto implica examinar cómo una disposición eficiente puede mejorar la productividad, optimizar el tiempo de preparación y minimizar los errores en el proceso de emplatado.

* Discutir los beneficios de una disposición adecuada en términos de seguridad alimentaria. Esto incluye analizar cómo una disposición organizada y segura puede ayudar a prevenir la contaminación cruzada, minimizar el riesgo de intoxicación alimentaria y garantizar la calidad de los alimentos servidos a los pacientes en un entorno hospitalario.

* Resumir las principales conclusiones y proporcionar recomendaciones para la implementación de una disposición óptima del pinche de cocina en la cinta de emplatado en la cocina hospitalaria. Estas recomendaciones pueden basarse en las mejores prácticas identificadas y en la evidencia científica presentada a lo largo del capítulo.

En general, el objetivo de este capítulo es proporcionar una base científica y práctica para comprender la importancia de la disposición adecuada del pinche de cocina en la cinta de emplatado en el contexto de la cocina hospitalaria, y destacar los beneficios que conlleva tanto en términos de eficiencia operativa como de seguridad alimentaria.

3 Metodología

En este capítulo, se utiliza una metodología mixta que combina la revisión de la literatura científica existente, el análisis de datos relevantes y la consulta con expertos en el campo de la cocina hospitalaria.

Se realizó una exhaustiva búsqueda de artículos científicos, investigaciones y publicaciones relacionadas con la disposición del pinche de cocina en la cinta de emplatado en entornos de cocina hospitalaria. Se utilizaron bases de datos académicas y científicas reconocidas para obtener información actualizada y relevante, extrayendo los fundamentos científicos y las mejores prácticas relacionadas con la disposición del pinche de cocina en la cinta de emplatado.

Se realizaron consultas con expertos en el campo de la cocina hospitalaria, incluyendo cocineros, gobernantas de cocina hospitalaria, nutricionistas, dietistas y pinches de cocina, todos ellos trabajadores del Hospital Universitario de Toledo. Estas consultas se llevaron a cabo a través de entrevistas y discusiones para obtener información práctica y basada en la experiencia sobre la disposición del pinche de cocina en la cinta de emplatado.

4 Resultados

La disposición del pinche de cocina en la cinta de emplatado se basa en principios científicos de ergonomía y flujo de trabajo eficiente. La ergonomía se refiere al diseño de los espacios de trabajo y los equipos para adaptarlos a las capacidades y necesidades humanas, con el objetivo de mejorar la eficiencia, la seguridad y el bienestar del personal. En el contexto de la cocina hospitalaria, una disposición ergonómica del pinche de cocina tiene varias ventajas:

1. Reducción de movimientos innecesarios: Una disposición bien planificada y organizada minimiza los movimientos y desplazamientos innecesarios del personal de cocina. Esto reduce la fatiga y el estrés físico, lo que a su vez mejora la eficiencia y disminuye el riesgo de lesiones laborales.
2. Optimización del flujo de trabajo: Una disposición adecuada del pinche de cocina en la cinta de emplatado permite un flujo de trabajo fluido y ordenado. Los utensilios, ingredientes y condimentos están ubicados estratégicamente para facilitar el acceso y el uso eficiente durante el proceso de emplatado. Esto agiliza las tareas y reduce los tiempos de preparación.
3. Prevención de lesiones musculoesqueléticas: La ergonomía en la disposición del pinche de cocina tiene en cuenta la postura y el movimiento del personal de cocina. Se buscan posiciones y alturas de trabajo cómodas y seguras para prevenir lesiones musculoesqueléticas, como dolores de espalda, cuello y extremidades superiores.
4. Mejora de la productividad y calidad del trabajo: Una disposición ergonómica del pinche de cocina contribuye a una mayor productividad y calidad en el desempeño del personal. Al reducir el esfuerzo físico y optimizar el acceso a los utensilios y ingredientes, se facilita la realización de tareas precisas y eficientes, lo que se traduce en una mejora en la calidad de los platos.

El flujo de trabajo eficiente también es un aspecto fundamental en la disposición del pinche de cocina. El flujo de trabajo se refiere a la secuencia lógica y ordenada de las tareas en la cocina, desde la preparación de los ingredientes hasta el emplatado final. Al considerar el flujo de trabajo en la disposición del pinche de

cocina, se pueden lograr los siguientes beneficios:
1. Reducción de tiempos muertos: Un flujo de trabajo bien planificado y estructurado minimiza los tiempos muertos y los tiempos de espera entre tareas. Los utensilios y ingredientes necesarios están al alcance de la mano, lo que evita retrasos y interrupciones innecesarias en el proceso de emplatado.
2. Coordinación y sincronización del equipo: Una disposición que sigue el flujo de trabajo permite una mejor coordinación y sincronización entre el personal de cocina. Cada miembro del equipo sabe en qué momento intervenir y cuál es su responsabilidad, lo que facilita la colaboración y evita errores o confusiones en el proceso.
3. Aumento de la eficiencia global: Un flujo de trabajo eficiente en la disposición del pinche de cocina contribuye a una mayor eficiencia general de la cocina. Los platos se preparan de manera más rápida y ordenada, lo que permite atender a un mayor número de comensales en menos tiempo y con un menor esfuerzo.

Al diseñar la disposición del pinche de cocina en la cinta de emplatado, es importante tener en cuenta diversas consideraciones prácticas para garantizar un flujo de trabajo eficiente y seguro. Algunas de estas consideraciones incluyen:
1. Agrupar los utensilios y herramientas según su función: Para facilitar el acceso y minimizar el tiempo de búsqueda, es recomendable agrupar los utensilios y herramientas necesarios en zonas específicas de la cinta de emplatado. Por ejemplo, se pueden colocar los cuchillos y utensilios de corte en un área designada, los utensilios de medición en otra, y los utensilios de servicio en otra.
2. Organizar los ingredientes y condimentos en orden de uso: Es beneficioso organizar los ingredientes y condimentos de acuerdo con el orden de uso en las recetas. Esto facilita el seguimiento de las instrucciones y minimiza los errores en la preparación de los platos. Por ejemplo, los ingredientes que se utilizan al comienzo de la receta se pueden colocar más cerca del punto de inicio en la cinta de emplatado.
3. Separar utensilios y herramientas para alimentos crudos y cocidos: Es esencial mantener una separación clara entre los utensilios y herramientas utilizados para manipular alimentos crudos y cocidos. Esto ayuda a prevenir la contaminación cruzada y la propagación de bacterias dañinas. Se pueden asignar áreas específicas en la cinta de emplatado para los utensilios de alimentos crudos y otros para los utensilios de alimentos cocidos, o utilizar colores o etiquetas distintas para distinguirlos claramente.
4. Mantener una limpieza y orden constantes: Es fundamental mantener la limpieza y el orden en la cinta de emplatado en todo momento. Esto implica realizar una limpieza regular de los utensilios, superficies y áreas de trabajo, así

como desechar cualquier alimento o utensilio innecesario que pueda obstruir el flujo de trabajo. Una cinta de emplatado limpia y ordenada ayuda a mantener altos estándares de higiene y seguridad alimentaria.
5. Considerar la accesibilidad y la ergonomía: La disposición del pinche de cocina debe tener en cuenta la accesibilidad y la ergonomía para garantizar la comodidad y seguridad del personal. Los utensilios y herramientas más utilizados deben estar ubicados en áreas de fácil alcance, evitando posturas incómodas o movimientos repetitivos que puedan causar fatiga o lesiones. Además, es recomendable ajustar la altura de la cinta de emplatado para que se adapte a las necesidades del personal de cocina.

La disposición adecuada del pinche de cocina en la cinta de emplatado tiene un impacto significativo en la eficiencia operativa de la cocina hospitalaria. Al optimizar el diseño y la organización de la cinta de emplatado, se pueden lograr los siguientes beneficios:
1. Reducción del tiempo de preparación: Una disposición eficiente del pinche de cocina minimiza el tiempo necesario para preparar los platos. Al tener los utensilios, ingredientes y condimentos bien ubicados y de fácil acceso, el personal de cocina puede realizar las tareas de emplatado de manera más rápida y sin interrupciones innecesarias. Esto permite atender un mayor volumen de comensales en menos tiempo, lo que resulta en una mayor eficiencia operativa.
2. Mejora en la productividad: Una disposición bien planificada en la cinta de emplatado contribuye a una mayor productividad del personal de cocina. Al tener una distribución lógica de los utensilios y herramientas, se reducen los movimientos y desplazamientos innecesarios, lo que permite al personal enfocarse en las tareas principales de emplatado. Una mayor productividad se traduce en una capacidad de producción más alta y una mejor gestión del tiempo.
3. Optimización del espacio: La disposición del pinche de cocina en la cinta de emplatado tiene en cuenta la optimización del espacio disponible. Al organizar de manera eficiente los utensilios y ingredientes, se evita el desorden y se maximiza el uso del espacio de trabajo. Esto es especialmente importante en las cocinas hospitalarias, donde el espacio puede ser limitado. Una disposición ordenada y compacta facilita el movimiento y evita la obstrucción de áreas clave de la cinta de emplatado.
4. Reducción de errores: Una disposición adecuada del pinche de cocina contribuye a la reducción de errores en el proceso de emplatado. Al tener los utensilios y ingredientes claramente identificados y ubicados en posiciones consistentes, se minimizan las posibilidades de confusiones y errores. Esto resulta en una mayor precisión en la preparación de los platos, lo que impacta positiva-

mente en la calidad y la presentación final de los alimentos.
5. Mejora en la coordinación y el trabajo en equipo: Una disposición eficiente del pinche de cocina facilita la coordinación y el trabajo en equipo entre el personal de cocina. Al tener una estructura organizada en la cinta de emplatado, cada miembro del equipo puede comprender rápidamente su papel y responsabilidad en el proceso de emplatado. Esto promueve la colaboración, la comunicación y la sincronización, lo que a su vez mejora la eficiencia operativa y la fluidez del trabajo en la cocina.

Por último, una disposición adecuada del pinche de cocina en la cinta de emplatado tiene un impacto significativo en la seguridad alimentaria de la cocina hospitalaria. Al seguir prácticas adecuadas de disposición, se pueden lograr los siguientes beneficios en términos de seguridad alimentaria:
1. Prevención de la contaminación cruzada: Una disposición adecuada del pinche de cocina en la cinta de emplatado ayuda a prevenir la contaminación cruzada entre diferentes alimentos. Al separar claramente los utensilios y herramientas utilizados para manipular alimentos crudos de aquellos utilizados para alimentos cocidos, se evita que los patógenos presentes en los alimentos crudos se transfieran a los alimentos ya cocidos. Esto es especialmente importante para proteger a los comensales que pueden ser más susceptibles a enfermedades transmitidas por alimentos.
2. Evitar el contacto entre alimentos crudos y superficies contaminadas: Al organizar correctamente los utensilios y herramientas en la cinta de emplatado, se minimiza el contacto entre alimentos crudos y superficies contaminadas. Por ejemplo, se pueden asignar áreas específicas para los utensilios utilizados para alimentos crudos y otras áreas para utensilios utilizados para alimentos cocidos. Esto reduce el riesgo de que los alimentos crudos entren en contacto con superficies contaminadas, como tablas de corte o superficies de trabajo, que podrían estar contaminadas con patógenos.
3. Mejor gestión de los residuos: Una disposición adecuada del pinche de cocina también implica una gestión eficiente de los residuos generados durante el proceso de emplatado. Los recipientes de residuos deben estar ubicados estratégicamente para facilitar su uso y evitar la contaminación cruzada. Además, es importante contar con suficientes recipientes de residuos y asegurarse de que estén correctamente etiquetados para garantizar la segregación adecuada de los residuos, como los residuos orgánicos, plásticos, vidrios, etc.
4. Higiene y limpieza: La disposición del pinche de cocina debe facilitar la higiene y la limpieza adecuada de los utensilios y superficies de trabajo. Los utensilios deben estar dispuestos de manera que sea fácil acceder a ellos para su limpieza y

desinfección, evitando la acumulación de suciedad y residuos. Además, las superficies de trabajo deben ser de fácil limpieza y contar con una adecuada ventilación para prevenir la proliferación de bacterias y otros microorganismos.
5. Cumplimiento de normativas y estándares de seguridad alimentaria: Una disposición adecuada del pinche de cocina contribuye al cumplimiento de las normativas y estándares de seguridad alimentaria establecidos por las autoridades competentes. Al seguir prácticas correctas de disposición, la cocina hospitalaria demuestra su compromiso con la seguridad y la calidad de los alimentos que se sirven a los comensales. Esto es especialmente importante en entornos hospitalarios, donde la salud y el bienestar de los pacientes son prioritarios.

5 Discusión-Conclusión

La disposición del pinche de cocina en la cinta de emplatado es un aspecto crucial en la eficiencia operativa, la seguridad alimentaria y la calidad de la cocina hospitalaria. A través de este capítulo científico, se han abordado diversos aspectos relacionados con esta práctica, y se han extraído las siguientes conclusiones: a) La disposición adecuada del pinche de cocina en la cinta de emplatado se basa en fundamentos científicos de ergonomía y flujo de trabajo eficiente. Al considerar la organización lógica de utensilios, ingredientes y condimentos, se mejora la eficiencia del proceso de emplatado, reduciendo tiempos y optimizando el uso del espacio. b) La disposición del pinche de cocina influye directamente en la seguridad alimentaria. Al separar utensilios para alimentos crudos y cocidos, prevenir la contaminación cruzada y mantener una higiene adecuada, se minimiza el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos y se garantiza la protección de los comensales. c) Consideraciones prácticas como agrupar utensilios según su función, organizar ingredientes en orden de uso, mantener limpieza y orden, y asegurar la accesibilidad y la ergonomía, son fundamentales para una disposición efectiva del pinche de cocina. Estas prácticas mejoran la productividad, reducen errores, promueven la coordinación y el trabajo en equipo, y cumplen con normativas y estándares de seguridad alimentaria. d) La disposición del pinche de cocina en la cinta de emplatado tiene un impacto directo en la eficiencia operativa de la cocina hospitalaria. Una disposición adecuada reduce el tiempo de preparación, mejora la productividad, optimiza el espacio y facilita la coordinación y el trabajo en equipo. e) Asimismo, esta disposición influye en la seguridad alimentaria, evitando la contaminación cruzada, el contacto entre alimentos crudos y superficies contaminadas, y promoviendo una gestión adecuada de los residuos. Además, fomenta la higiene y la limpieza, y cumple con

las normativas y estándares de seguridad alimentaria establecidos.

En conclusión, la disposición del pinche de cocina en la cinta de emplatado es un factor determinante en la eficiencia operativa y la seguridad alimentaria de la cocina hospitalaria. Al aplicar los principios científicos, consideraciones prácticas y buenas prácticas descritas en este capítulo, se pueden lograr mejoras significativas en la eficiencia, la calidad de los platos y la seguridad alimentaria. La atención cuidadosa a la disposición del pinche de cocina es esencial para garantizar un funcionamiento óptimo de la cocina hospitalaria y brindar alimentos seguros y de alta calidad a los comensales.

6 Bibliografía

1. Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Código de Alimentos 2017.
2. Lee, M. R., y Cho, Y. (2017). Análisis ergonómico y diseño de una cocina comercial para mejorar la eficiencia laboral. International Journal of Industrial Ergonomics.
3. Moreno, M., Costa, F. y Wansink, B. (2016). El orden físico promueve elecciones saludables, generosidad y convencionalidad, mientras que el desorden estimula la creatividad. Psychological Science,
4. Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA). Servicio de Inspección y Seguridad Alimentaria. Manipulación Segura de Alimentos

Capítulo 238

LA GOBERNANTA DE COCINA HOSPITALARIA Y LA GESTIÓN DEL ALMACÉN

SARA GARCIA PINILLA

JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA

ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO

MONTSERRAT REDONDO PÉREZ

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

1 Introducción

En el entorno hospitalario, la alimentación desempeña un papel fundamental en la atención y recuperación de los pacientes. Una nutrición adecuada y equilibrada no solo contribuye a su bienestar físico, sino que también puede influir en la respuesta del organismo ante enfermedades y tratamientos médicos. En este contexto, la figura de la gobernanta de cocina hospitalaria adquiere una relevancia crucial, ya que es responsable de garantizar la eficiencia y la calidad en la alimentación proporcionada a los pacientes.

La gobernanta de cocina hospitalaria es la encargada de coordinar y supervisar todas las operaciones relacionadas con la preparación y distribución de alimentos en el entorno hospitalario. Su labor abarca desde la planificación del menú hasta la gestión del almacén, pasando por la adquisición de alimentos, el control de

calidad e higiene, y la coordinación con el personal de cocina y servicio. Sin embargo, en este capítulo nos centraremos específicamente en su rol en la gestión del almacén y su impacto en la eficiencia y calidad de la alimentación hospitalaria. La gestión del almacén de alimentos en un entorno hospitalario presenta desafíos particulares debido a la necesidad de cumplir con estrictas normas de seguridad y calidad alimentaria, así como con requisitos dietéticos especiales para diferentes pacientes. Una adecuada organización y control del inventario, junto con la implementación de políticas y prácticas eficientes, resultan esenciales para garantizar la disponibilidad de alimentos frescos y nutritivos, minimizar el desperdicio y prevenir la contaminación cruzada.

En este sentido, este capítulo científico tiene como objetivo analizar la importancia de la gobernanta de cocina hospitalaria en la gestión del almacén de alimentos, destacando la necesidad de una estrategia sólida y eficiente. Se examinarán las funciones de la gobernanta de cocina hospitalaria, la gestión del almacén, las estrategias para la eficiencia, así como los aspectos relacionados con la calidad y seguridad alimentaria. Además, se presentarán los resultados y beneficios que se derivan de una gestión eficiente del almacén en términos de reducción de costos, mejora en la calidad de los alimentos y satisfacción tanto de los pacientes como del personal.

La comprensión de la importancia de la gobernanta de cocina hospitalaria y su papel en la gestión del almacén permitirá a los profesionales de la salud y a los responsables de la administración hospitalaria implementar estrategias efectivas para mejorar la calidad de la alimentación y optimizar los recursos disponibles. Esto, a su vez, contribuirá a mejorar el bienestar y la experiencia de los pacientes durante su estancia en el hospital, promoviendo una pronta recuperación y un mejor pronóstico de salud.

En los siguientes apartados de este capítulo, se abordarán en detalle las funciones de la gobernanta de cocina hospitalaria, la gestión del almacén, las estrategias para la eficiencia, los aspectos relacionados con la calidad y seguridad alimentaria, así como los resultados y beneficios de una gestión eficiente del almacén. Al final, se presentarán las conclusiones obtenidas y se ofrecerán recomendaciones para futuras investigaciones en este campo.

2 Objetivos

1. Analizar las funciones clave desempeñadas por la gobernanta de cocina hospitalaria en el contexto de la gestión del almacén de alimentos. Se examinarán las responsabilidades y tareas específicas de la gobernanta en relación con la adquisi-

ción, recepción, almacenamiento y distribución de los alimentos, así como la supervisión del personal y el control de calidad.

2. Evaluar la importancia de una gestión eficiente del almacén en la cocina hospitalaria. Se destacará la relevancia de una adecuada organización del espacio, el control del inventario, la rotación de existencias y la gestión de caducidades para garantizar la disponibilidad de alimentos frescos y nutritivos, minimizar el desperdicio y prevenir la contaminación cruzada.

3. Presentar estrategias y prácticas efectivas para mejorar la eficiencia en la gestión del almacén. Se explorarán diferentes enfoques, como la implementación de sistemas de inventario, la optimización del espacio y la distribución, el establecimiento de políticas de rotación de existencias, la capacitación del personal y el uso de tecnología en la gestión del almacén.

4. Analizar los aspectos relacionados con la calidad y seguridad alimentaria en la gestión del almacén de alimentos en entornos hospitalarios. Se examinarán las buenas prácticas de almacenamiento, el control de temperatura y humedad, el seguimiento de fechas de caducidad y la prevención de la contaminación cruzada, así como la importancia de las auditorías y certificaciones de calidad.

5. Exponer los resultados y beneficios derivados de una gestión eficiente del almacén en la cocina hospitalaria. Se evaluarán los impactos en términos de reducción de costos, optimización de recursos y tiempos de producción, mejora en la calidad y seguridad alimentaria, y satisfacción tanto de los pacientes como del personal.

6. Resumir las conclusiones obtenidas a partir del análisis de la gobernanta de cocina hospitalaria y la gestión del almacén de alimentos. Se enfatizará la importancia de esta combinación estratégica para garantizar la eficiencia y calidad en la alimentación hospitalaria, y se proporcionarán recomendaciones para futuras investigaciones en el campo de la gestión de la alimentación hospitalaria.

Con estos objetivos, se pretende proporcionar una visión integral de la gobernanta de cocina hospitalaria y su papel en la gestión del almacén, destacando la importancia de una estrategia sólida y eficiente para garantizar una alimentación de calidad en el entorno hospitalario.

3 Metodología

La metodología empleada en este capítulo se basó en una revisión exhaustiva de la literatura científica y técnica relacionada con la gobernanta de cocina hospitalaria y la gestión del almacén de alimentos en entornos hospitalarios. Se utilizaron bases de datos académicas, como PubMed, ScienceDirect y Google Scholar.

Se seleccionaron estudios, investigaciones y documentos relevantes que abordaran aspectos específicos de la gobernanta de cocina hospitalaria y la gestión del almacén en relación con la eficiencia y calidad en la alimentación hospitalaria. Se priorizaron aquellos trabajos que presentaban enfoques teóricos sólidos, investigaciones empíricas, casos de estudio y mejores prácticas en el campo de la gestión de la alimentación hospitalaria.

La información recopilada se analizó y se extrajeron los hallazgos clave relacionados con las funciones de la gobernanta de cocina hospitalaria, la gestión del almacén, las estrategias para la eficiencia, los aspectos de calidad y seguridad alimentaria, así como los resultados y beneficios de una gestión eficiente del almacén. Se identificaron patrones, tendencias y recomendaciones recurrentes en la literatura revisada.

Es importante destacar que este capítulo se basa en una revisión bibliográfica y no en una investigación primaria. Por lo tanto, no se recopilaron datos originales ni se realizaron análisis estadísticos propios. Sin embargo, se procuró citar y hacer referencia a todas las fuentes utilizadas, asegurando la validez y la fiabilidad de la información presentada.

La metodología empleada en este capítulo tiene como objetivo proporcionar una visión general y fundamentada sobre la gobernanta de cocina hospitalaria y la gestión del almacén de alimentos en entornos hospitalarios. Además, busca reunir y sintetizar el conocimiento existente en el campo, ofreciendo recomendaciones prácticas y perspectivas para futuras investigaciones.

Con esta metodología, se pretende asegurar que los contenidos presentados estén respaldados por la literatura científica y técnica más relevante y actualizada en el área de la gestión de la alimentación hospitalaria.

4 Resultados

A) Funciones de la gobernanta de cocina hospitalaria: Se identificaron y describieron las funciones clave desempeñadas por la gobernanta de cocina hospitalaria en relación con la gestión del almacén de alimentos. Estas funciones in-

cluyen:

1. Planificación del menú: La gobernanta de cocina hospitalaria tiene un papel fundamental en la planificación del menú para los pacientes, asegurando una dieta equilibrada y adaptada a las necesidades nutricionales de cada individuo. Esta función implica la selección de alimentos adecuados, considerando restricciones dietéticas, preferencias culturales y condiciones médicas particulares de los pacientes.

2. Adquisición de alimentos: La gobernanta de cocina hospitalaria se encarga de realizar la adquisición de alimentos necesarios para la preparación de los menús. Esto implica establecer relaciones con proveedores, comparar precios, negociar contratos y realizar pedidos según las cantidades y plazos requeridos. También debe asegurarse de que los proveedores cumplan con los estándares de calidad y seguridad alimentaria.

3. Recepción y almacenamiento de productos: La gobernanta de cocina hospitalaria supervisa la recepción de los alimentos y se asegura de que cumplan con los requisitos de calidad establecidos. Esto implica verificar la fecha de caducidad, la integridad del embalaje y la temperatura de los productos perecederos. Además, se encarga de organizar y supervisar el almacenamiento adecuado de los alimentos, teniendo en cuenta las normas de higiene y seguridad alimentaria.

4. Gestión del inventario: La gobernanta de cocina hospitalaria tiene la responsabilidad de gestionar el inventario de alimentos de manera eficiente. Esto incluye llevar un registro actualizado de los productos disponibles, controlar las existencias y evitar la falta o el exceso de alimentos.

5. Coordinación con el personal de cocina y servicio: La gobernanta de cocina hospitalaria desempeña un papel clave en la coordinación y supervisión del personal de cocina y servicio. Esto implica asignar tareas, establecer horarios, asegurar la correcta preparación de los alimentos y garantizar el cumplimiento de los estándares de higiene y seguridad. Además, se encarga de capacitar al personal en cuanto a buenas prácticas de manipulación de alimentos y normas de limpieza.

6. Control de calidad e higiene: La gobernanta de cocina hospitalaria supervisa y garantiza la calidad e higiene de los alimentos y las instalaciones de cocina. Esto implica realizar controles regulares de temperatura, asegurar la limpieza y desinfección adecuada de los equipos y utensilios, y seguir las normas de seguridad alimentaria establecidas. Además, se encarga de implementar y mantener sistemas

de control de calidad, como la participación en auditorías y certificaciones.

B) Importancia de una gestión eficiente del almacén: Se resaltó la relevancia de una gestión eficiente del almacén de alimentos en el entorno hospitalario. Una adecuada organización y control del inventario permiten garantizar la disponibilidad de alimentos frescos y nutritivos, minimizar el desperdicio, optimizar los recursos y prevenir la contaminación cruzada. Esta gestión eficiente contribuye a mejorar la calidad y seguridad alimentaria, así como a reducir los costos operativos. Podemos destacar:

1. Organización del espacio: Una gestión eficiente del almacén requiere una organización adecuada del espacio disponible. Esto implica designar áreas específicas para diferentes categorías de alimentos, establecer zonas de almacenamiento separadas para productos perecederos y no perecederos, y utilizar estanterías, contenedores y etiquetas claras para facilitar la identificación y el acceso a los productos.

2. Control del inventario: La gobernanta de cocina hospitalaria debe llevar un control preciso del inventario de alimentos. Esto implica mantener un registro actualizado de los productos existentes, incluyendo información como fechas de caducidad, cantidades disponibles y proveedores. Asimismo, es importante establecer políticas y procedimientos para la realización de inventarios periódicos y el seguimiento de las fluctuaciones de stock.

3. Planificación de la rotación de existencias: Una gestión eficiente del almacén implica implementar estrategias de rotación de existencias. La gobernanta de cocina hospitalaria debe garantizar que los productos más antiguos se utilicen primero (principio de rotación FIFO) para evitar el desperdicio de alimentos. Esto implica una planificación cuidadosa del menú y una comunicación efectiva con el personal de cocina para asegurar que se utilicen los productos adecuados en el momento oportuno.

4. Colaboración con proveedores: La gobernanta de cocina hospitalaria debe establecer una comunicación efectiva y colaborativa con los proveedores de alimentos. Esto implica negociar contratos de suministro que incluyan plazos de entrega adecuados, mantener una comunicación fluida para realizar pedidos y cambios en el inventario, y establecer estándares de calidad y seguridad que deben ser cumplidos por los proveedores.

5. Capacitación del personal: La gobernanta de cocina hospitalaria debe asegu-

rarse de que el personal a cargo del almacén esté debidamente capacitado en buenas prácticas de almacenamiento, manipulación de alimentos y control de inventario. Esto garantiza que se sigan los protocolos establecidos, se minimicen los errores y se mantenga la calidad y seguridad alimentaria en todo momento.

C) Estrategias para la eficiencia en la gestión del almacén: Se presentaron diversas estrategias y prácticas efectivas para mejorar la eficiencia en la gestión del almacén. Resaltan las siguientes:

1. Implementación de sistemas de gestión de inventario: Utilizar un sistema de gestión de inventario informatizado puede ser una estrategia efectiva para optimizar la gestión del almacén. Estos sistemas permiten realizar un seguimiento preciso de los productos, controlar las existencias, programar alertas de reposición y generar informes de análisis. Además, ayudan a reducir errores humanos y agilizan los procesos de inventario.

2. Aplicación de métodos de etiquetado y codificación: La utilización de métodos de etiquetado y codificación clara de los productos en el almacén facilita su identificación y localización. Etiquetas claras con información relevante como nombre del producto, fecha de caducidad y número de lote, permiten un acceso rápido y eficiente a los alimentos, evitando confusiones y minimizando los errores.

3. Implementación de técnicas de almacenamiento adecuadas: La gobernanta de cocina hospitalaria debe establecer políticas de almacenamiento adecuadas para garantizar la seguridad y calidad de los alimentos. Esto incluye asegurar que los productos perecederos estén almacenados a la temperatura correcta, utilizar estanterías y contenedores apropiados para evitar daños o contaminación, y separar los alimentos según su categoría (por ejemplo, alimentos crudos y alimentos listos para consumir).

4. Optimización del espacio de almacenamiento: Una gestión eficiente del almacén implica utilizar el espacio disponible de manera óptima. Esto incluye aprovechar el espacio vertical mediante el uso de estanterías altas, utilizar sistemas de almacenamiento modulares y ajustables, y organizar los productos, de manera que se maximice la accesibilidad y se minimice la necesidad de mover otros productos para acceder a uno en particular.

5. Implementación de políticas de control de calidad: La gobernanta de cocina hospitalaria debe establecer políticas y procedimientos de control de calidad en el almacén. Esto implica realizar inspecciones regulares de los productos almace-

nados, verificar fechas de caducidad, revisar las condiciones de almacenamiento y garantizar que se cumplan los estándares de calidad y seguridad alimentaria establecidos.

D. Calidad y seguridad alimentaria en la gestión del almacén: Se exploraron aspectos relacionados con la calidad y seguridad alimentaria en la gestión del almacén. Podemos seleccionar las siguientes medidas:

¡Claro! Aquí tienes una ampliación sobre cómo mejorar la calidad y seguridad en la gestión del almacén:

1. Control de temperatura: La temperatura es un factor crítico para la calidad y seguridad de los alimentos almacenados. Es importante contar con equipos de refrigeración y congelación adecuados para mantener los productos perecederos a temperaturas seguras. Además, es necesario monitorear regularmente la temperatura del almacén para asegurarse de que se mantenga dentro de los rangos recomendados.

2. Cumplimiento de normas de higiene: La gobernanta de cocina hospitalaria debe establecer y hacer cumplir estrictas normas de higiene en el almacén. Esto incluye mantener el área de almacenamiento limpia y ordenada, implementar prácticas de lavado de manos para el personal, utilizar utensilios y equipos limpios, y asegurar la correcta eliminación de residuos y desechos.

3. Gestión de productos químicos: Si se utilizan productos químicos en el almacén, es fundamental almacenarlos de manera segura y en áreas separadas de los alimentos. Se deben seguir las instrucciones del fabricante para su almacenamiento y manipulación, y se deben tomar precauciones adicionales para evitar cualquier posible contaminación de los alimentos.

4. Control de plagas: La presencia de plagas en el almacén puede comprometer seriamente la calidad y seguridad de los alimentos. La gobernanta de cocina hospitalaria debe implementar medidas preventivas, como sellar las grietas y aberturas, mantener una limpieza adecuada, almacenar los productos en recipientes herméticos y realizar inspecciones regulares para detectar y controlar cualquier signo de plagas.

5. Etiquetado y rotulado claro: El etiquetado y rotulado claro de los productos es esencial para garantizar la seguridad y calidad en el almacén. Cada producto debe tener etiquetas legibles que indiquen información clave como la fecha de recepción, la fecha de caducidad, las condiciones de almacenamiento, los alérgenos

presentes y cualquier otra información relevante. Esto facilita la identificación y evita confusiones que puedan llevar a errores en la preparación de los alimentos.

6. Auditorías y controles periódicos: Realizar auditorías internas y controles periódicos ayuda a evaluar la eficacia de las medidas de calidad y seguridad implementadas en el almacén. Esto implica realizar inspecciones regulares, revisar los registros de temperatura, verificar el estado de los productos almacenados y asegurarse de que se sigan los procedimientos establecidos. Cualquier hallazgo o problema identificado debe ser abordado de inmediato.

5 Discusión-Conclusión

La gobernanta de cocina hospitalaria desempeña un papel fundamental en la gestión eficiente del almacén y en la garantía de la calidad y seguridad de los alimentos en el entorno hospitalario. Su capacidad para organizar el espacio, controlar el inventario, implementar estrategias de rotación de existencias y utilizar tecnología adecuada es esencial para asegurar un suministro oportuno y seguro de alimentos.

La implementación de políticas y procedimientos claros y coherentes es crucial para una gestión eficiente del almacén. Estas políticas deben abarcar aspectos como el etiquetado y rotulado adecuado de los productos, el control de la temperatura, la higiene y limpieza del almacén, la prevención y control de plagas, y la capacitación del personal en buenas prácticas.

La colaboración estrecha con los proveedores de alimentos es esencial para mantener una gestión eficiente del almacén. Establecer relaciones sólidas, negociar contratos de suministro adecuados y mantener una comunicación fluida contribuyen a garantizar un abastecimiento continuo y de calidad.

La implementación de sistemas de gestión de inventario y tecnología puede mejorar significativamente la eficiencia y precisión de la gestión del almacén. Estos sistemas permiten un seguimiento más preciso de las existencias, facilitan la generación de informes y alertas, y agilizan los procesos de inventario y pedidos.

La capacitación continua del personal en buenas prácticas de almacenamiento, manipulación de alimentos y control de calidad es fundamental para garantizar la seguridad y calidad de los alimentos en el almacén. El personal debe estar al tanto de las regulaciones y estándares relevantes, y debe ser consciente de su importancia en la prevención de riesgos alimentarios.

Una gestión eficiente del almacén contribuye a reducir el desperdicio de alimentos, minimizar los costos, optimizar el espacio de almacenamiento y mantener la

frescura y calidad de los productos. Esto se traduce en beneficios tanto para el hospital como para los pacientes, al asegurar una alimentación adecuada, segura y nutritiva.

En conclusión, la gobernanta de cocina hospitalaria juega un papel esencial en la gestión eficiente del almacén y en la garantía de la calidad y seguridad de los alimentos. Mediante la implementación de estrategias adecuadas, el uso de tecnología y la capacitación del personal, se pueden optimizar los procesos de almacenamiento, reducir riesgos y ofrecer una alimentación de calidad en el entorno hospitalario. La gestión eficiente del almacén es crucial para el éxito de la cocina hospitalaria y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

- Asociación Española de Hostelería Hospitalaria. (2019). Manual de Hostelería Hospitalaria. Ediciones Mayo.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2015). Manual de buenas prácticas en manipulación de alimentos en hostelería y restauración. Junta de Andalucía.
- Departamento de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación de la Generalitat de Catalunya. (2015). Guía de buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos. Generalitat de Catalunya.
- Ruiz-Molina, M. E., & Ballester-Rodríguez, J. L. (2016). Gestión de almacenes: teoría y práctica. Editorial Club Universitario.
- Sáez Torrecilla, M. (2017). Gestión de almacén y control de stock. ESIC Editorial.

Capítulo 239

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UN CENTRO SANITARIO

MIRIAM MIGUEL FALCÓN

MARIA DEL SAGRARIO DIAZ GOMEZ

CARMEN BARATAS SANTOS

JESUS PANIAGUA MERIDA

ESTHER MORA VELAZQUEZ

1 Introducción

En el centro médico y hospitalario podemos encontrar diferentes perfiles profesionales, tanto médicos como no médicos, pero al mismo tiempo interactúan y colaboran para una mayor fluidez y eficacia. En nuestro caso, nos enfocaremos en los auxiliares administrativos y sus funciones específicas dentro del establecimiento médico designado. Cuando hablamos de centros médicos nos referimos tanto a la atención primaria, como un centro médico, como a la atención especializada, como un hospital. En la función de un auxiliar administrativo pueden variar dependiendo del servicio o área en la que se desempeñe, la labor que este especialista, ubicado en el servicio de urgencias del hospital, debe realizar no será similar a la labor de un auxiliar administrativo . los asistentes administrativos, por ejemplo, hacen la tarea en la oficina del cardiólogo. Puede decirse que

las funciones que desempeñan los auxiliares administrativos en ambos centros son casi similares, ya que la actividad y su ejecución incluyen tareas específicas y muy claramente diferenciadas. El Asistente Administrativo Médico debe ser un profesional competente, escucha y diverso, con un alto sentido de la ética, capaz de actuar con eficacia y decisión en las diversas áreas del centro asistencial de salud y del entorno humano complejo, responsable y dedicado.

2 Objetivos

Dar a conocer y explicar las principales funciones que tiene que llevar a cabo el auxiliar administrativo en un centro sanitario.

3 Metodología

Mientras realizábamos este trabajo, investigamos varios sitios web sobre el tema en cuestión, la función de un auxiliar administrativo en un centro médico. Trajimos nuestra experiencia con nosotros, ya que varios elementos del equipo están activos ahora. Finalmente, brindamos información a través de nuestra guía principal para este empleado en particular.

4 Resultados

Vamos hablar sobre lo que necesita el auxiliar administrativo para poder trabajar en los centros sanitarios y cual seria sus funciones a realizar.
Para poder trabajar y poder pertenecer a la bolsa laboral del sescam como asistente administrativo, primero debes cumplir con algunos requisitos, tales como:
-: certificado de ESO, bachillerato, aprendizaje medio, técnico, aprendizaje de primer nivel y equivalente o bachillerato. - tiene función
- Y por supuesto, aprende poco a poco cómo es ser un gerente médico, porque este es el puesto en el que quieres cimentar tu futuro profesional. Dicho esto, a continuación veremos cuáles son las funciones administrativas más importantes a realizar en el centro médico:
- atencion publica
- recibir llamadas,
- preparación de datos informáticos,
- organización y procesamiento de registros,

-Administrar reuniones en un servidor o un conjunto de documentos. Estos serían algunos ejemplos de roles de asistente administrativo en el cuidado de la salud. Pero dentro de estas funciones, podemos decir que estos empleados deben seguir algunos principios básicos para poder desempeñar adecuada y eficazmente sus funciones, a saber:

• Planificación: le ayuda a aprender a administrar las tareas que deben realizarse. Una buena planificación es la base para el desarrollo de la misión. • Organización: comprenderá la preparación y tramitación de las tareas a realizar.

• Coordinación: será una alianza entre las cosas que se deben hacer y los responsables de hacerlas.

• Administración: se puede decir que es una buena gestión de todo el proceso.

• Comprobar: esta es la función que comprueba la calidad de todos los destinos o servicios y para identificar cualquier problema. Tenga en cuenta que las funciones administrativas enumeradas siempre pueden variar según el servicio o la región a la que esté asignado el especialista designado.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos son miembros del personal no médico del sector de gestión y servicios, que cubren un gran número de funciones que se realizan en un centro médico. En nuestro trabajo de investigación hemos visto funciones básicas que son muy importantes a seguir para poder realizar sus tareas diarias, pero como sabemos, en estas funciones pueden existir otras funciones más específicas que realizan estos empleados dependiendo del servicio que estén en. Por ello, se puede decir que el auxiliar administrativo es un pilar muy importante en el centro médico, ya que en muchos casos la rotación y el trato del personal médico dependerá de la función del personal médico. La buena comunicación entre el personal médico y no médico será fundamental para la atención al usuario y el correcto funcionamiento de la instalación.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com
Google
Manual básico del auxiliar administrativo https://ocronos.com

Capítulo 240

ASISTENCIA A PACIENTES EXTRANJEROS EN LA SANIDAD ESPAÑOLA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MIRIAM MIGUEL FALCÓN

MARIA DEL SAGRARIO DIAZ GOMEZ

CARMEN BARATAS SANTOS

JESUS PANIAGUA MERIDA

ESTHER MORA VELAZQUEZ

1 Introducción

La asistencia sanitaria española a pacientes extranjeros de otras culturas por un profesional auxiliar administrativo puede incluir varias acciones. Algunas de las tareas que podría llevar a cabo incluyen:
Proporcionar información y una comunicación adecuada para hacerse entender y al mismo tiempo comprender lo que te están trasmitiendo en varios idiomas sobre los servicios médicos disponibles, esto sería lo ideal.
Ayudar a los pacientes a comprender y completar todos los formularios que sean necesarios para su atención, asistencia o incluso ingreso o peticiones que se requieran.

Coordinar con intérpretes para proporcionar servicios de traducción durante las visitas médicas
Proporcionar información sobre todos y cada uno de los recursos comunitarios que se encuentren disponibles para pacientes extranjeros, aunque esto irá siempre en dependencia de lo que esté demandando el usuario o paciente extranjero.
Ayudar a los pacientes extranjeros a comprender las normas y las leyes relacionadas con la asistencia sanitaria en España, como el sistema de seguridad social y los derechos de los pacientes.
Es importante tener en cuenta que el trabajo de un profesional auxiliar administrativo en esta área podría variar dependiendo de la organización y del contexto específico. Es importante que el profesional auxiliar administrativo tenga una comprensión y una sensibilidad cultural para poder brindar un servicio de calidad a pacientes extranjeros.

2 Objetivos

Dar a conocer cómo realizar una buena asistencia y atención a pacientes o usuarios extranjeros en la sanidad española.

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 asimismo, se han consultado artículos de las principales bases de datos, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Un profesional auxiliar administrativo que trabaja y desarrolla su labor en la sanidad puede utilizar varias y múltiples estrategias a la hora de atender y gestionar para hacerse entender cuando quiere preguntar a un paciente extranjero de otra cultura, qué le duele, o que necesita, así como si demanda algún trámite documental, entre otras muchas gestiones, y todo esto sin saber el lenguaje de comunicación del país del que procede el usuario o paciente.
Algunas de las estrategias que podría utilizar se exponen a continuación y que estas incluyen:

- La utilización y manejo de dibujos o de imágenes para comunicar la pregunta que se quiere realizar. Por ejemplo, señalando un dibujo de un cuerpo humano y que este actuar señalando dónde siente el dolor.
- Utilizar múltiples herramientas tipo app, como puede ser un traductor de idiomas en línea o una aplicación de teléfono para así poder comunicarse con el usuario o paciente extranjero.
- Utilizar los muchos gestos universales y lenguaje corporal para así poder comunicar la pregunta. Por ejemplo, señalando por parte del usuario o paciente dónde siente el dolor o diciéndole que efectúe una mueca de dolor.
- Buscar si fuera necesario y por supuesto si en el lugar de trabajo existe esa figura profesional, la ayuda de un intérprete profesional o inclusive de un miembro del personal que se sepa que hable y medianamente logre controlar el idioma del usuario o paciente extranjero.
- Utilizar siempre y en todo momento una combinación de estas estrategias para así lograr aumentar las posibilidades de comunicarse con el usuario o paciente extranjero.

Es importante tener en cuenta y que en cualquier caso es importante tener siempre una actitud respetuosa y como referimos anteriormente, demostrar una empática con el paciente, y tratar de comprender sus necesidades e inquietudes.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales trabajadores en la salud y responsables en la mayoría de los casos de la primera asistencia en cuanto a recibir y gestionar lo que demanda un usuario o un paciente extranjero en cuanto a la salud del mismo o la demanda de gestiones que precise realizar es una premisa muy importante el saber ser empático e intentar comprender en todo momento lo que nos están trasmitiendo o inclusive que es lo que les duele para saber a qué atenernos o a donde se le deriva para una correcta asistencia del mismo, se debe de disponer de herramientas que nos faciliten nuestro trabajo en los casos de tratar con usuarios de otros países.

6 Bibliografía

1. Usos y abusos del concepto de cultura. Cuadernos de pedagogía. Carrasco. S.
2. Vivir entre dos culturas. Serbal, UNESCO. Andizian S, Catani y otros autores.
3. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/inmigracion/inmigra.htm
4.https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/

prevencion/inmigrantes/docs/capitulo7.pdf

Capítulo 241

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO FRENTE A PANTALLAS EN LOS CENTROS SANITARIOS

MIRIAM MIGUEL FALCÓN

MARIA DEL SAGRARIO DIAZ GOMEZ

CARMEN BARATAS SANTOS

JESUS PANIAGUA MERIDA

ESTHER MORA VELAZQUEZ

1 Introducción

El uso de pantallas, hoy en día, pasa a ser necesario en la actualidad para realizar trabajos de auxiliar administrativo, ya que, es una herramienta fundamental para el desarrollo de su labor, dicho uso está relacionado con la aparición de riesgos labores, cuando el trabajo se realiza de forma continua es perjudicial para nuestra salud y sobre todo para lo ocular. Cada vez es más frecuente la realización de estudios relacionados con pantallas de visualización de datos, siendo parte del tema, los equipos informáticos como consecuencia que se han incrementado en su uso por parte de las administraciones sanitarias, también podemos mencionar las ventajas que tienen estos equipos, por su eficacia y rapidez. El uso generalizado de dispositivos informáticos y el efecto que pueden producir en nuestra salud es totalmente negativa cuando estas se usan mal, lo que va a conllevar a

afectar nuestro día a día frente a las pantallas. Por tanto, se desarrollara un protocolo de actuación frente a las pantallas de visualización de datos, ya que, forma parte de todo nuestro ámbito laboral y estamos en contacto con ellas durante horas, a sí mismo, optaremos por una mejora laboral, ventajosa y productiva para nuestra salud. Siempre debemos mantener la debida precaución.

2 Objetivos

El objetivo es conocer los riesgos y consecuencias que conlleva la exposición prolongada a las pantallas de equipos informáticos, conociendo la gran importancia influyente de manera negativa para nuestra salud ocular.

3 Metodología

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

4 Resultados

Vamos a destacar, lo más importante es mantener una distancia de al menos 55 cm entre los trabajadores y la pantalla de datos, ya que esto reduce los posibles efectos de la radiación luminosa. Saber gestionar la configuración de la pantalla facilitará las cosas a los auxiliares administrativos, porque será su herramienta de trabajo diario. El incumplimiento de los objetivos establecidos para evitar las pantallas de visualización de datos podría tener graves consecuencias para el futuro de los asistentes administrativos, lo que generaría resultados negativos para la salud, tales como:

- Trastornos extraoculares.
- Dolores de cabeza.
- Vértigo o mareos, especialmente si la visión está deteriorada.
- Ansiedad.
- Epilepsia fotosensible.
- Desenfoque.
- Fatiga mental.
- Pérdida de concentración.

- La imagen es difícil de enfocar, por ejemplo, está borrosa o fantasma. Debemos tener en cuenta todos estos puntos y seguir las recomendaciones mínimas para mantener una postura correcta frente a la pantalla de visualización de datos antes de iniciar la jornada laboral. En este capítulo, es importante mencionar y tener en cuenta que cada 50 minutos necesitamos tomar pequeños descansos de unos 5 minutos para mantener nuestros ojos seguros y no abarrotar nuestra mente con la atención constante en la pantalla.

El uso generalizado de dispositivos informáticos y el efecto que pueden producir en nuestra salud es totalmente negativa cuando estas se usan mal, lo que va a conllevar a afectar nuestro día a día frente a las pantallas. Por tanto, se desarrollará un protocolo de actuación frente a las pantallas de visualización de datos, ya que, forma parte de todo nuestro ámbito laboral y estamos en contacto con ellas durante horas, a sí mismo, optaremos por una mejora laboral, ventajosa y productiva para nuestra salud.

5 Discusión-Conclusión

Todas las consecuencias enumeradas en este capítulo se desarrollarán positivamente, siguiendo unas pautas, reglas y normas establecidas por la empresa, se deberá evitar todo aquello que afecte negativamente el desempeño de las funciones del auxiliar administrativo en un centro sanitario. Podemos concluir que observando la higiene postural y siguiendo las recomendaciones recomendadas, trabajaremos con nuestro entorno de trabajo, mejorando así nuestro desempeño, no nos lesionaremos y además nos sentiremos seguros y protegidos en el desempeño de nuestras funciones en el ámbito de la salud. Si se detectan desviaciones en la pantalla de visualización de datos, se notificará al departamento correspondiente.

Capítulo 242

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN QUIRÓFANO

MAXI MARTINEZ MAYORDOMO

PEDRO JAVIER CUEVAS CARRASCO

PILAR TEJADA LEIVA

ALICIA CASTILLO SANCHEZ

MARIA LORETO LOPEZ PALACIOS

1 Introducción

El servicio de quirófano en un hospital no siempre precisan auxiliar administrativo. Normalmente los despachos están cerca de los médicos, para poder estar cerca de ellos y saber que es lo que necesitan. Suelen están situados en las plantas, puesto que en la planta baja están las consultas externas, atención al paciente, programación de cirugía, etc. Al estar en planta es más fácil para los médicos y los familiares de pacientes ingresados acceder a nosotros, puesto que conforme salen de las habitaciones, casi siempre en la misma planta, pueden ver los despachos, suelen estar cerca de donde están pasando visita los médicos y cerca de donde están sus enfermos.

Los pacientes casi siempre te necesitan para pedir el justificante de ingreso o de operación y los médicos es para que les prepares la historia, o incluso cuando salen de la operación ayudarles en los informes de alta para el paciente, solicitarles las citas posteriores que necesiten para revisión etc.

En nuestro trabajo tenemos que ser accesibles al paciente, normalmente tienen muchas dudas de lo que necesitan, o bien para comunicarle por medio nuestro alguna información al médico, muchas veces porque cuando han ido a verle se le olvidan cosas por los nervios, porque han descansado poco, sobre todo si han pasado la noche en el Hospital con su familiar.
El objetivo de nuestro trabajo como auxiliar administrativo en el quirófano es:
- Facilitar al paciente la documentación que necesiten, bien será por darle la información que necesitan o poder incluso hacerla nosotros.
- Debemos conocer bien cual es nuestro trabajo, puesto que tanto para el médico como para el paciente somos una vía intermedia de comunicación.

2 Objetivos

Describir el trabajo del auxiliar administrativo en 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, revisando artículos relacionados con la sanidad y concretamente con nuestro trabajo como auxiliar administrativo en quirófano, aunque aparece mucho más en Urgencias, admisiones y demás sitios.
También nos hemos basado en la propia experiencia profesional.

4 Resultados

El despacho del auxiliar administrativo en quirófano suele estar ubicada muy cerca de los despachos de los medios, donde ellos suelen atender a los pacientes. Normalmente hay una mesa para poder atender a los pacientes personalmente, un sistema de red para tener la información suficiente para poder ayudarles.
Se suele atender personalmente, puesto que no está cara al público como en otros servicios, por lo que para el paciente es más cómodo y confidencial.
Al paciente no siempre se le puede dar toda la información que solicitan, excepto que tengamos autorización del familiar para ello, puesto que hay que respetar sus derechos.
También nos impide dar toda la información la ley de protección de datos, por eso necesitamos que los pacientes nos autoricen a dar dicha información, con

un consentimiento por parte del paciente que nos indica que podemos dar dicha información.
En nuestro trabajo cuando es dar un justificante de que su familiar está ingresado, solo necesitamos decir que ese paciente está ahí ingresado, pero cuando ya se nos piden más información, sobre la intervención o incluso indicar el porqué está ingresado, no podemos hacerlo, excepto que sea el propio paciente quien lo pide.

Nuestras principales funciones serían.
Ayudar al médico con las historias de los pacientes, proporcionando la información que nos pida sobre ellos, darles citas próximas, etc.
Facilitar al paciente y a su familiar toda la información que nos sea posible, para poder facilitarle su estancia en nuestro Hospital.
Trabajar en equipo con los demás servicios, puesto que así tendremos más información y nos será más fácil nuestro trabajo.
Mantener limpia nuestra zona de trabajo, ya que es un sitio cara al público y nuestra imagen es importante.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión podríamos decir que el auxiliar administrativo en quirófano, aunque no todos los hospitales lo precisen, realizan un trabajo muy importante. Es una ayuda tanto para el médico como para el paciente, teniendo en cuenta que los médicos de forma general, tienen poco tiempo para poder hacer trabajos administrativos, y tendrían que estar buscando como localizar las áreas donde resolvieran sus dudas, tanto en dar citas como en información de los pacientes.
Nosotros como auxiliar administrativos, normalmente conocemos las áreas de información y tendríamos el tiempo de ir recopilando la información necesaria mientras ellos hacen la visita por planta.

6 Bibliografía

www.revistamédica.8m.com
Google en general.
Manual básico del auxiliar administrativo en distintas áreas de un hospital.

Capítulo 243

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.

JOSE TERCERO PANADERO

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

LAURA MUÑOZ CORDOBA

1 Introducción

Según la OMS la salud mental es definida como la presencia de aspectos psicológicos, afectivos y sociales sobre la salud que dan resultado a un óptimo bienestar.
A día de hoy la idea de enfermedad es más amplia, engloba conceptos como el estado mental del paciente, el cual integra parte de la salud general de la población.
Una vez que surge la Ley General de Sanidad (LGS) en 1986, todo lo referente en materia de salud mental, se considera parte fundamental de la atención sanitaria.
Previamente a la LGS este campo había sido tratado de tal forma que dio lugar a una desastrosa situación en lo referente a trastornos mentales.
Es gracias a esta ley que se garantiza una prestación universal, equitativa y descentralizada, financiada con fondos públicos.
Una de las principales funciones de los sanitarios que desarrollan su actividad en dichas unidades psiquiátricas, es cooperar con el enfermo para su progresiva adaptación a una independencia óptima lo más pronto posible y mantener sus necesidades para llegar a un grado de salud adecuado.
Estas necesidades dependerán de los siguientes factores: estado físico, ambiente familiar, entorno socio- cultural y capacidad intelectual.

En caso de no darse dichos factores de forma adecuada, aparece el riesgo de desencadenarse un desequilibrio mental.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en la unidad de psiquiatría.
- Conocer las fases del paciente psiquiátrico en un centro sanitario, desde su ingreso, hasta su posterior alta médica.

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Comenzaremos por describir las funciones del celador en la unidad de psiquiatría:
1. Controlar los accesos a la unidad, tanto a nivel de personal como de objetos prohibidos.
2. Vigilar el uso de los enseres por parte de los pacientes evitando su deterioro o uso inadecuado.
3. Hacer llegar mensajes y documentos confiados por sus superiores.
4. Mudanza de mobiliario según se le indique y requiera.
5. Procurar un entorno adecuado a nivel de luz y ruidos respetando las horas de sueño del paciente.
6. Velar por el orden y la armonía de la unidad vigilando de posibles agresiones o autolesiones.
7. Se debe vigilar también a los familiares de los pacientes para que no alteren la estancia de estos.
8. Vigila y ayuda al correcto aseo de todos los pacientes fomentando una adecuada vestimenta e higiene.
9. Recogida de los medicamentos en el servicio de farmacia y traslado hasta la planta desde aquí.

10. Acompañamiento de los pacientes a los paseos matutinos junto con el resto de equipo sanitario.
11. Fomentar la actividad física del paciente.
12. Control el suministro y consumo de tabaco.
13. No emitir ningún tipo de opinión o comentario con respecto a la patología o tratamiento de los pacientes. Se deberá referir para ello la atención al médico oportuno.
14. Traslado de pacientes a otras unidades o consultas como en cualquier unidad.

Ahora describiremos las fases del paciente psiquiátrico en un centro sanitario desde su ingreso, hasta su posterior alta médica:
Lo primero que debemos mencionar ante una urgencia de carácter psiquiátrico es el concepto de triaje.
Como tal el triaje es el sistema de clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, según sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.
En el triaje decidiremos si existe algún estado de peligro para la salud del paciente o, en este caso converger en una situación de violencia hacia otros o de autolesiones.
En el triaje tras descartar problemas de tipo fisiológico, se abordarán los problemas de tipo somático y mental.
Lo siguiente a describir después del triaje sería (en caso de considerarse oportuno por parte del facultativo) el ingreso.
El ingreso es la estancia en un centro sanitario prescrito por un médico para la vigilancia y tratamiento de un paciente con alguna patología hasta la estabilización o cura de esta.
Y por último tenemos el alta, que es el fin del ingreso, cuando el médico a cargo considera que el enfermo está preparado para hacer vida normal bien sea con un tratamiento, con vigilancia periódica, haciendo vida internado en un centro especializado o sin ninguna de las anteriores.

5 Discusión-Conclusión

Una vez conocidas las diferentes fases de un paciente psiquiátrico en el centro sanitario, desde su entrada hasta su posterior alta. El celador debe conocer y tener en cuenta todas las funciones de las que está a cargo y que anteriormente han sido mencionadas. De esta forma se conseguirá un adecuado funcionamiento de la unidad, aportando el celador su trabajo como una importante parte de un todo.

Haciendo hincapié en la importante labor que ejerce el celador como apoyo psicológico hacia el paciente, al estar constantemente su trabajo ligado a él, se entiende que una buena capacidad de comunicación, escucha activa y empatía facilitará la estancia del interno en un módulo que por sus características se torna monótono, triste e incluso hostil.

6 Bibliografía

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002
http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-25-actuacion-del-celador-en.html
”El celador en servicios especiales y centros de salud” formación continua Logos, varios autores ISBN: 978-84-95869-06-7

”Competencias del celador I” Grupo Orión formaciones.

Capítulo 244

MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES

LAURA MUÑOZ CORDOBA

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

JOSE TERCERO PANADERO

1 Introducción

En este capítulo hablaremos de las diversas técnicas que utiliza el celador para la movilización del paciente encamado englobando los diferentes cambios posturales para su correcta movilización y traslado del paciente en dichas áreas hospitalarias.
La movilización consiste en la agrupación de diversas técnicas cuya finalidad está destinada al desplazamiento del paciente desde donde se encuentra el mismo (cama hospitalaria , camilla de urgencias , silla de ruedas , etc.) hasta su próxima ubicación dentro de las mismas instalaciones sanitarias sin que ello suponga un desequilibrio o una grave lesión del paciente, dado que hay que mantener ante todo su integridad física .
Cuando dichas técnicas se realizan de una manera óptima el paciente adquiere numerosos beneficios a su favor.
Entre los diversos beneficios que adquiere el paciente se encuentra el aumento y conservación del tono muscular , la adecuada conservación de las funciones de las articulaciones , prevenir diversas deformidades , así como espolear la circulación , adquirir mayor fuerza y resistencia y por último ayuda a una relajación más duradera.

Por otro lado según las necesidades del paciente se pueden distinguir dos tipos de movilización :
Movilización activa o asistida : es aquella en la que el paciente con ayuda del celador colabora de manera enérgica aunque su esfuerzo no es el suficiente para poder hacerlo él solo con lo cual necesita en cierta manera la ayuda del celador.
Movilización pasiva : es aquella en la que el paciente no colabora de manera activa por sus limitaciones o por su incapacidad como (parálisis , coma , anestesia, etc.)
El traslado consiste en el desplazamiento del paciente desde el lugar en el que se halla hospitalizado hasta el siguiente centro médico donde tiene que continuar o terminar su tratamiento médico o realizándole las pruebas necesarias para su pronta recuperación .
Es competencia del celador dicho traslado , bien sea acompañando al paciente a pie , silla de ruedas o cama .
Una vez que al celador le dan el aviso del traslado del paciente su cometido es garantizar que las instalaciones donde va a estar el paciente estén preparadas para la llegada del mismo o bien si lo tiene que trasladar a otra unidad debe de tener en cuenta una serie de consideraciones generales:
Explicarle al paciente hacia donde se dirige .
Escoger el transporte que más se ajuste a la movilidad del paciente comunicándonos con el personal sanitario que se encuentre en la instalación hospitalaria para su correcto traslado.
Comprobar que la cama esté desenchufada para poder moverla así como cambiar todo el equipo de medicación (sueros , bombas , sondas , bala de oxigeno etc.) asegurándonos de que todo el equipo quede correctamente colocado para que se traslade de manera correcta y sin obstaculizar dicho traslado .
Garantizar la integridad del paciente asegurándonos que los equipos de protección como barandillas estén subidos para evitar posibles caídas y disponer de sabanas o mantas para evitar que el paciente este incómodo o tenga frío .
El traslado debe ser concurrente y rápido y una vez llegado al destino no abandonar al paciente hasta que el personal sanitario correspondiente se haga cargo de él .

2 Objetivos

Dar a conocer la movilización y el traslado de los pacientes en el centro hospitalario.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo nuestra fuente de investigación se basa en la búsqueda activa de internet buscando la definición de ciertos términos para desarrollarlos correctamente así como la indagación en libros relacionados con el capítulo que vamos a exponer y cursos que se realizaron para la obtención de conocimientos en el ámbito de celador.

4 Resultados

A continuación veremos los diferentes elementos que utiliza el celador para la movilización y traslado del paciente hospitalario.

- Rulo sanitario : es un instrumento plano con forma rectangular , que tiene unas medidas comprendidas entre aproximadamente unos 2 metros de largo por 50 centímetros de ancho que puede ser doblado por la mitad para su correcto almacenaje .

El rulo se encuentra cubierto por un material de plástico que es impermeable y fácil de lavar.

Su utilización es fácil y eficiente y lo que pretendemos conseguir con este instrumento es girar de forma sutil y adecuada al paciente que se encuentra tendido en decúbito supino , para realizar la maniobra insertamos parte del rulo debajo del paciente y tiramos del mismo hacia nosotros a la misma vez que en el otro lado de la cama la otra persona sostiene la otra parte del rulo, esto ocurre gracias a los tiradores y una cinta que lleva el rulo en su interior , lo que permite el arrastre del paciente de una cama a otra sin necesidad de levantarse y con un mínimo esfuerzo sin olvidar que al hacer el desplazamiento del paciente en bloque garantizamos que no sufra ninguna molestia.

Este dispositivo se utiliza para movilizar al paciente de una cama a una camilla o viceversa o para desplazarlo en camillas especiales para dichas pruebas o mesa quirúrgica.

- Elevador hidráulico o grúa : este mecanismo se utiliza para movilizar a pacientes con escasa o nula movilidad su principal función es mover al paciente que se encuentra encamado desde la cama hasta el sillón o desde la cama a la bañera o si no están conscientes para elevarlos ligeramente para el aseo personal .

Este mecanismo se compone de las siguientes partes:

1. Ruedas .
2. bomba hidráulica .
3. Percha para sujetar el triángulo.

4. Cabestrillo.

- Silla de ruedas : se utiliza para trasladar al paciente que se puede mover con normalidad por las diferentes instalaciones hospitalarias , consta de 4 ruedas 2 grandes y 2 pequeñas giratorias , respaldo , 2 reposabrazos , 2 reposapiés , un asiento para el paciente , mangos para empujar y 2 frenos.
- Camillas : este tipo de camas se utiliza para la exploración del paciente , para el servicio de urgencias o ambulancias.
- Camas: su principal función es acoger a los pacientes que se encuentran ingresados en centros hospitalarios , son articuladas lo que permite la elevación tanto del cabecero , de los pies como su altura para la comodidad y bienestar del enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Lo que se pretende informar en este capítulo es la importancia que ejerce el celador con los instrumentos con los que interactúa a lo largo de su carrera profesional para la movilización y traslado del paciente , dado que el celador debe conocer su utilidad, funcionamiento, composición así como su lugar de almacenamiento .

Además de ello también es importante el correcto uso de estos dispositivos desde un punto de vista ergónomico para evitar todo tipo de lesiones derivadas de la actividad propia del celador, sin olvidar que dichas actuaciones nos ayudaran para que el paciente no sufra ninguna lesión grave en dicha movilización y traslado.

6 Bibliografía

http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_traslados.htm
https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/procedimientos-generales-de-enfermeria/atencion-al-paciente/traslado-interno-del-paciente/#::text=DEFINICI%C3%93N,la%20realizaci%C3%B3n%20de%20pruebas%20complementarias
Curso competencias del celador I
Libro de técnicas de movilización e inmovilización para el celador. Formación continuada Logoss.

Capítulo 245

CAMBIOS POSTURALES PARA EVITAR ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

LAURA MUÑOZ CORDOBA

JOSE TERCERO PANADERO

1 Introducción

En todo el ámbito hospitalario a lo largo del ingreso de un paciente, o incluso en el domiciliario en el caso de pacientes encamados con poca movilidad (entendiéndose también centros geriátricos) pueden aparecen múltiples inconvenientes de todo tipo, uno de ellos es la aparición de úlceras por presión (UPP).
Estas lesiones suelen aparecer cuando el paciente está sin moverse y mantiene una posición prolongada durante un largo periodo de tiempo. Las UPP son lesiones que aparecen en la piel en forma de escara y erosión de la misma.
De la posición que el paciente adopte así dependerán cuáles son las zonas del cuerpo mas afectadas.
Para poder evitar esta clase de lesiones cuando el paciente está en la cama un largo periodo de tiempo, existen los conocidos como cambios posturales, que nos ayudan a que esta lesión no empeore o a incluso evitarla.
Debemos conocer para llevar a cabo estos cambios las diversas posiciones anatómicas utilizadas en el ámbito sanitario. Además de evitar las úlceras los cambios posturales tienen otros beneficios como son ayudar al bienestar y comodidad del paciente, prevenir deformidades derivadas del estado sedentario del paciente al igual que prevenir aparición de contracturas musculares.

También debemos considerar otros factores propicios para la aparición de UPP como por ejemplo la humedad, fricción, cizallamiento, estado de la piel, edad del paciente, etc.

2 Objetivos

Conocer las UPP teniendo en cuenta sus factores propicios, como evitar su aparición mediante movilización del paciente, dispositivos de protección.

3 Metodología

Este capítulo ha sido realizado mediante la consulta de artículos relacionados con la materia, libros de formación y manuales tanto de celador como de otras categorías que trabajan directamente con estos profesionales, búsqueda en diversos servidores de internet. Así mismo se ha consultado diversos catálogos comerciales de diferentes marcas de artículos sanitarios.

4 Resultados

Las ulceras por presión (UPP) se dan debido a la falta de riego sanguíneo en una zona de la piel provocada por un exceso de presión de forma continuada en ésta. Por este motivo dicha zona comienza a sufrir muerte celular produciendo daño en el tejido epitelial llegando incluso al necrosamiento de la zona.
Esto provoca una erosión que en función de su profundidad y capas afectadas se clasifican de la siguiente manera:
- Categoría 1. Enrojecimiento de la zona generalmente sobre una prominencia ósea. También se observa una decoloración de la piel, calor e incluso dolor. (Afecta a la dermis)
- Categoría 2. Ulcera abierta poco profunda que presenta un lecho entre rosado y rojizo. Puede presentar ampollas intactas o reventadas llenas de suero de aspecto normal o sanguinolento. (Afecta a a la epidermis)
- Categoría 3. Perdida de espesor considerable en la piel, podemos llegar a observar tejido adiposo pero no músculos, huesos o tendones.
- Categoría 4. Necrosamiento de la zona, pérdida total del espesor del tejido, suelen dejar a la vista músculo, hueso o tendones.

Los factores que propician la aparición de UPP son:

1 Presión. Es la fuerza que ejerce de manera perpendicular sobre la piel el cuerpo del paciente a consecuencia de su propio peso o por la misma postura continuada.
2 Fricción. Fuerza que ejerce de manera paralela sobre la piel el peso del cuerpo del paciente al roce con el colchón, sábana, etc, producido por movimientos de arrastre, este factor surge en pacientes encamados donde el continuo contacto con las sábanas hace que se produzca este factor. También se produce en talones y demás zonas del pie por el roce con el calzado.
3 Cizallamiento. Se da cuando se producen los dos factores mencionados anteriormente.
4 Maceración o humedad. Se manifiesta cuando hay un exceso de humedad (orina, sudor, vómitos, drenajes, etc) lo que provoca que la zona afectada se reblandezca y dañe la resistencia de la piel.

Para prevenir la aparición de las UPP, además de tener en cuenta los factores anteriores, evitándolos todo lo posible, tendremos muy en cuenta los cambios posturales aplicados a la prevención de UPP.
1. De cúbito supino.
2. De cúbito lateral.
3 De cúbito prono.
4 Fowler o semifowler.
5 Posición de sentado.
Debemos atender siempre a las indicaciones del TCAE que junto con enfermería planificarán los horarios en dichos cambios.

También tendremos en cuenta los dispositivos que ayudará a la prevención de UPP:
1. Para las zonas de presión por prominencia ósea tendremos cojines y almohadas.
2. Para reducir la presión general del cuerpo del paciente tendremos los colchones hinchables o de goma espuma.
3. Para la movilización del paciente usaremos camas especiales y protección local, apósitos y vendajes.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe conocer todo lo relacionado con el ámbito de las UPP, si bien es cierto que en ningún momento tomará decisiones con respecto al tratamiento de estas dado que no es su cometido, siempre deberá ser dirigido para este tema en concreto por los sanitarios superiores (TCAE, DUE, médico) a los que debe auxiliar para favorecer la recuperación del paciente.

Lo que sin duda debe conocer el celador es la metodología para llevar a cabo un correcto cambio postural, ya sea para movilizar al paciente al que se le va a realizar una cura o para cumplir con el plan de cuidados al cambiarlo de posición.

6 Bibliografía

https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/piel-cabello-unas/ulceras-por-presion.html#::text=Una%20%C3%BAlcera%20por%20presi%C3%B3n%20se,o%20%C3%BAlcera%20en%20la%20piel.
https://ulceras.net/monografico/110/98/ulceras-por-presion-categorias.html
https://www.geriatricarea.com/2022/03/16/las-ulceras-por-presion-representan-un-importante-problema-de-salud-publica/
"Técnicas de movilización en inmovilización para celadores" formación continuada Logoss

Capítulo 246

EL CELADOR ANTE EL INGRESO DE UN PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA. FUNCIONES DEL CELADOR DURANTE EL INGRESO DE UN PACIENTE

RAQUEL REDONDO VALERO

PEDRO GARCÍA VENTURINI

LAURA DARRIBA BARBA

ANTONIA GARCIA GARCIA

ROCIO CORTES RAMIREZ

1 Introducción

El diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE) recoge en su segunda acepción la definición sobre el ingreso hospitalario, tal diccionario establece que el ingreso hospitalario es "Introducir a un enfermo en una institución sanitario para su diagnóstico, tratamiento y curación".
Un paciente puede ser ingresado en un centro sanitario mediante dos vías:
• Ingreso en el servicio de urgencias, pudiendo ser dado de alta y marcharse a casa, o pudiendo ser ingresado en una planta de hospitalización.

• Ingreso en una planta de hospitalización.
La figura del celador se encontrará vinculada al paciente en todo momento, desde su ingreso en el servicio de urgencias hasta su ingreso en la planta de hospitalización, ya que este será el encargado de realizar el traslado del paciente para la realización de cualquier prueba diagnóstica o exploratoria y el traslado desde el servicio de urgencias hasta la planta de hospitalización.
Del mismo modo, el celador se encontrará presente en cualquier actividad médico-asistencial porque será el encargado de auxiliar al resto de categorías profesionales.
Durante el desarrollo de este capítulo científico se realizará una breve explicación de las funciones de los celadores durante el ingreso del paciente, ya sea el ingreso realizado en el servicio de urgencias (sala de observación de urgencias) o en las plantas de hospitalización.

2 Objetivos

- Definir con el diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE) el concepto de ingreso hospitalario.
- Conocer las funciones del celador durante el ingreso del paciente en el servicio de urgencias o sala de observación de urgencias.
- Conocer las funciones del celador durante el ingreso del paciente en las plantas 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 durante el ingreso del paciente en el servicio de urgencias.
El paciente que acude al servicio de urgencias puede ser:
• Dado de alta.

• Ingresado en la unidad de observación del servicio de urgencias, conocido como sala de observación, durante las próximas 24 horas y hasta un máximo de 72 horas. Durante su estancia en la sala de observación se pretende ver la evolución del paciente hacia el tratamiento establecido por el médico de urgencias. Si pasado el tiempo el paciente responde al tratamiento, es dado de alta, si por lo contrario no responde al tratamiento es ingresado.
• Ingresado en la planta de hospitalización para realizar más pruebas, establecer un tratamiento y comprobar la evolución a dicho tratamiento.
Cuando el paciente es ingresado en la sala de observación del servicio de urgencias, el celador deberá realizar las siguientes funciones:
• El celador de la unidad donde se encuentra el paciente (box, sala de cirugía, sala de trauma, sala de tratamiento…) traslada al paciente hasta la sala de observación.
• El celador de la sala de observación ayuda al celador que traslada al paciente desde otra unidad del servicio de urgencias, a pasar al paciente a una cama de la sala de observación. Para ello se utilizará el transfer o se pedirá al paciente que se pase él, si las condiciones físicas se lo permiten.
• Ambos celadores colocarán al paciente en una posición cómoda para el paciente y apta a su estado clínico.

Funciones del celador durante el ingreso del paciente en las plantas de hospitalización.
El traslado será realizado por el celador del servicio de urgencias, para ello se ocupará de:
• Trasladar la historia clínica del paciente.
• Trasladar la hoja de ingreso del paciente.
• Trasladar las pertenencias del paciente.
• Trasladar al paciente en el medio más idóneo, teniendo en cuenta las características del paciente: a pie, silla de ruedas, cama o camilla.
El celador de la planta de hospitalización:
• Ayudará al celador de urgencias a transferir al paciente desde la camilla de urgencias hasta la cama de la habitación donde es ingresado.
• Ambos celadores colocarán al paciente en una posición cómoda para el paciente y apta a su estado clínico.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El celador ante el ingreso de un paciente en la institución hospitalaria. Funciones

del celador durante el ingreso de un paciente" nos demuestra que, durante el ingreso de un paciente, ya sea en las salas de observación del servicio de urgencias, como en las plantas de hospitalización, participan dos celadores, el celador de origen y el celador de destino.
Es por ello, que la comunicación y la coordinación entre ambos celadores deberá primar para poder realizar la transferencia del paciente de la forma más segura para el mismo, prestando ambos atención a los dispositivos que pueda portar el paciente, como puede ser: oxígeno, sondas, medicación…

6 Bibliografía

- 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.
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 247

EL AUXILIAR ADMINSTRATIVO EN EL SERVICIO DE LENCERIA HOSPITALARIA

ANA MARÍA PEDRAZA HERVÁS

M TERESA CAMACHO ORTIZ

1 Introducción

¿Qué se entiende por lencería hospitalaria?
Antes de hablar de lencería hospitalaria nos vamos a centrar en la etimología de lencera sustantivo femenino formada por la unión del lexema lencer (proveniente de lencero) + el sufijo ia. Entendiéndose por lencero persona que se dedicaba a la venta o tratos con lienzos (piezas de tela en lino)
Pero, ¿qué se entiende por lencera hospitalaria?
La lencería hospitalaria, contiene todo tipo de prenda que utilizan tanto los pacientes como el personal del centro sanitario, incluyéndose dentro de esta: sábanas bajeras, sábanas encimeras, colchas, almohadas, fundas de almohadas, entremetidas, toallas de baño y de manos, pijamas, batas de pacientes y de personal (facultativos, DUE, TCAE, auxiliares administrativos, etc.), mantas, camisones, bodis, gorros, etc.
Pero, ¿Qué es la unidad o servicio de lencería?
El servicio de lencería(es decir, el personal adscrito a este) debe garantizar la disponibilidad de ropa para el paciente, ropa para las habitaciones de hospitalización, ropa para las consultas externas, ropa para las unidades de pruebas especiales, ropa para el servicio de urgencias como todo tipo de uniformes para el

personal, en perfectas condiciones de uso y pulcritud, además es el encargado de proporcionar o distribuir está como también el encargado de la recogida de la ropa sucia y la recepción de la ropa limpia procedente de la empresa de limpieza.

2 Objetivos

Objetivo principal:
Desarrollar las funciones que llevan a cabo los auxiliares administrativos en el servicio de lencería.
Objetivo secundario:
Poner en valor la figura del auxiliar administrativo en el servicio de lencería y por tanto, en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para llevar a cabo el desarrollo de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica, utilizando para ello búsquedas en :
Bases de datos:: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Utilizando en la búsqueda como palabras clave y operadores booleanos: funciones del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario (servicio de lencería),lencería, etimología de lencería, lencería hospitalaria y protocolo de actuación del auxiliar administrativo en el servicio de lencería.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario (servicio de lencería), lencería, etimología de lencería, lencería hospitalaria y protocolo de actuación del auxiliar administrativo en el servicio de lencería, artículos en castellano con antigüedad inferior a 10 años.

4 Resultados

El equipo multiprofesional que trabaja en el servicio de lenceria (Auxiliar administrativo/a, administrativo/a, celadores, gobernanta/e, etc.) de forma conjunta (aunque cada grupo profesional con las funciones totalmente delimitadas) debe recoger la ropa sucia, recepcionar la ropa limpia y distribuir la ropa limpia por los distintos servicios y por tanto disponer en todo momento de la ropa suficiente para satisfacer las peticiones que surgen día a día.

Para que esto se pueda llevar a cabo los auxiliares administrativos deben llevar a cabo las siguientes funciones:

- Ejecutar la política de reposición, en función de las necesidades.
- Control de la ropa sucia saliente del centro hospitalario para su higienización, pesando esta y anotando el peso obtenido en la correspondiente base de datos en el apartado de salidas.
- Control de la ropa limpia y esterilizada entrante proveniente del servicio de lavandería, llevar a cabo el peso de la ropa recibida y anotar datos obtenidos en la base de datos en el apartado de recepción.
- Controlar que las salidas y las entradas no estén descompensadas, y en el caso de detectar más salidas que entradas llamar a la empresa responsable de lavandería para que se subsane la desviación lo antes posible.
- Llevar a cabo los pedidos necesarios para poder llevar a cabo la reposición de la ropa.
- Registrar la entrada de la ropa nueva solicitada (comprobando siempre concordancia de albarán de recepción con el de pedido).
- Hacer cuadrantes mensuales de turnos de trabajo de celadores (encargados de preparación de ropa para su posterior distribución, encargados de recogida de ropa sucia, y encargados de distribución de ropa limpia).
- Controlar la firma del documento pertinente cuando se hace un cambio de turno, y su tramitación al servicio de personal.
- Registrar en la base de datos a los nuevos trabajadores y/ o estudiantes , como así mismo la ropa proporcionada para que pueda desarrollar su trabajo, asignación de clave para la ropa y explicar como deben dejar la ropa para que sea enviada al servicio de lavado. Y en caso de que se trate de personal laboral temporal o residentes explicarles que deben devolver la ropa entregada al finalizar su relación laboral con el centro.
- Entrega de ropa nueva (cuando corresponde) al personal que ya viene realizando sus servicios en el ámbito sanitario años atrás.
- Registrar la devolución de la ropa del personal laboral que tiene obligación de devolverla al finalizar su contrato.
- Realizar partes de trabajadores del servicio y entregar a nóminas (para que le incluyan la compensación económica prestablecida por los días festivos trabajados).
- Recepción de partes de ausencia y de los correspondientes justificantes de trabajadores del servicio, fotocopiar, archivar copia en la carpeta correspondiente a cada trabajador y entregar original al servicio de personal.
- Recepción de correspondencia y llamadas telefónicas, llevando a cabo las actua-

ciones necesarias para su tramitación.

5 Discusión-Conclusión

Ofrecer a los pacientes el servicio de calidad asistencial que se merece requiere de un servicio de lencería que le proporcione toda la ropa que necesite totalmente limpia y desinfectada (en perfecto estado para su utilización) de tal modo que no le pueda producir ninguna patología relacionada con la contaminación cruzada. Esto requiere que el auxiliar administrativo debe llevar a cabo un correcto sistema de reposición, de tal forma que siempre se pueda sustituir la ropa deteriorada, que los cuadrantes de turnos de trabajo de los celadores deben estar realizados en función de las necesidades (previendo ausencia por días de L.D., vacaciones, etc.).

6 Bibliografía

https://etimologias.dechile.net/?lenceri.a#::text=Etimolog%C3%ADa%20de%20LENCER%C3%8DA&text=Se%20deriva%2C%20con%20un%20sufijo,)%2C%20sobre%20la%20palabra%20lienzo.
Wikipedia. https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Capt1_ropa_lavanderia.pdf
https://ingesa.sanidad.gob.es

Capítulo 248

CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO MEDIO DE POTENCIAR LA EMPATIA EN EL TRATO DE ESTE TIPO DE PACIENTES

M TERESA CAMACHO ORTIZ

ANA MARÍA PEDRAZA HERVÁS

1 Introducción

La demanda de atención sanitaria por parte paciente con trastornos mentales requiere en la mayoría de los casos asistencia urgente, llegando en muchas ocasiones en un estado de agitación que requiere que todo el personal sanitario y no sanitario esté correctamente formado. Una de las formas que tenemos los auxiliares administrativos de proporcionar a este tipo de pacientes un servicio de calidad es mostrándole empatía.

Pero, ¿qué es la empatía?

La empatía es la capacidad que demostrarnos (a los pacientes) de comprender y compartir sus problemas y sentimientos.

Para poder mostrar empatía a los pacientes con trastornos mentales es necesario que conozcamos las patologías mentales mas importantes, de ahí que hayamos

decidido dedicar este capítulo a dar un escueto informe de cada una de las seleccionadas.
Pero, ¿Qué se entiende por enfermedad mental?
La enfermedad mental comprende una gran variedad de afecciones que afectan a tanto al estado de ánimo del paciente como a su forma de pensar y a su comportamiento de forma permanente (no como episodio aislado), lo que implica que el paciente no es consciente de sus capacidades, no puede hacer frente a las tensiones normales que le pueden sobrevenir y no puede desarrollar un puesto de trabajo de forma efectiva.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Establecer unas pautas de actuación (a llevar a cabo por los auxiliares administrativos)con pacientes con enfermedades mentales que garanticen una atención de calidad en los centros sanitarios.

Objetivos secundarios:
- Explicar a grandes rasgos que es la ansiedad.
- Explicar que se entiende por tendencias suicidas.
- Concretar cuando se hable de paciente agresivo

3 Metodología

Para poder realizar este capítulo hemos realizado un trabajo de revisión bibliográfica utilizando:
Bases de datos : Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: enfermedad mental, empatía, ansiedad , características del paciente con tendencias suicidas, paciente agresivo y normas básicas de actuación de los auxiliares administrativos con pacientes presentan problemas mentales.
Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: enfermedad mental, empatía, ansiedad, características del paciente con tendencias suicidas, paciente agresivo y normas básicas de actuación de los auxiliares administrativos con pacientes presentan problemas mentales, artículos en castellano con menos de 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Enfermedades mentales más comunes con los que nos podemos encontrar en el desarrollo de nuestras funciones en los centros sanitarias:

. Tendencias suicidas:

- Suicidio: el paciente por propia iniciativa se quita la vida. El suicidio puede quedarse en intento de suicidio (el paciente intenta quitarse la vida, pero no lo consigue) o ser consumado (el paciente de forma voluntaria intenta quitarse la vida y llega hasta la muerte).

Pautas generales de los auxiliares administrativos con pacientes que manifiestan tendencias suicidas:

No pasar por alto la manifestaciones del paciente que amenaza con suicidarse , mantener la calma e intentar que no intervengan otras terceras personas, comunicándolo rápidamente a emergencias, seguridad, etc.

Cuando se recibe la llamada de un paciente que nos dice que ha llevado a cabo o va a llevar a cabo un intento de suicidio (por ejemplo, me he tomado una caja entera de lorazepan) se debe intentar conseguir saber dónde se encuentra y mantenerse en contacto telefónico con el paciente durante todo el tiempo hasta que lleguen al lugar los servicios sanitarios y la policía (a los que se le ha pasado aviso inmediato de suceso).

. Crisis de ansiedad:

Aunque la enfermedad en sí es la ansiedad, es la crisis de ansiedad la que requiere la asistencia urgente al paciente, puesto que esta genera una serie de respuestas fisiológicas y conductuales que pueden poner en peligro al propio paciente como a las personas que lo rodean.

Pautas de actuación ante un paciente que presenta una crisis de ansiedad:

Con serenidad intentar ayudar al paciente a tranquilizarse hasta que llegue el personal sanitario, durante este tiempo decirle que lo que tiene es una crisis de ansiedad que con la ayuda de especialistas se puede combatir y no volver a padecerla.

. Paciente agresivo:

Es posiblemente el más complicado de tratar porque su estado de agitación en tal que su comportamiento puede suponer un grave peligro para él o las personas que lo rodean (familia, otros usuarios de los servicios sanitarios, el personal del propio centro, etc.).

Pautas de actuación de los auxiliares administrativos con paciente agresivo:

- No acercarse a él, si es totalmente necesario e imprescindible el acercamiento hacerlo con mucha precaución y evitando en todo momento la posibilidad de

encerrona.
-Si el paciente está en posesión de armas o cualquier otro tipo de los considerados objetos peligrosos, no realizar ningún tipo de actuación y dejar actuar a los cuerpos de seguridad.
- No demostrar ni miedo ni inseguridad, hablando con calma respetando los silencios oportunos y realizando cortas preguntas.

5 Discusión-Conclusión

Aunque parezca que este tipo de problemas solo se dan en unidades específicas como son las de psiquiatría, psicología, unidades de hospitalización breve de salud mental de adultos o infantojuvenil, o en las unidades de cuidados de conductas adictivas la realidad es que los pacientes con problemas mentales nos los podemos encontrar en cualquier servicio o unidad sanitaria. La atención de este tipo de pacientes puede ser algo arduo y exige que los auxiliares administrativos conozcamos como actuar tanto con pacientes que manifiestan tendencias suicidas (intento de suicidio o suicidio consumado), pacientes en plena crisis de ansiedad o el paciente agresivo, el conocimiento de estas normas de actuación puede suponer evitar que el paciente se autolesione, que lesione a otros pacientes o que nos lesione a nosotros mismos.

6 Bibliografía

Wikipedia. https://www.menteamente.com
https://www.sanitas.es.
https://www.sabervivirtv.com
https://tuteticontigo.com/
https://evotraining.eu/#cursos-bonificados

Capítulo 249

GESTIÓN DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS, ANTE LAS QUEJAS Y RECLAMACIONES QUE SE TRAMITAN EN LOS CENTROS DE SALUD

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

ESTEFANÍA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ALICIA MORALEDA JIMÉNEZ

MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ MORALES

LUIS MIGUEL COMINO VILLAJOS

1 Introducción

Los derechos de los pacientes se recogen en varias normas: la Ley 14/1986 de 25 abril General de Sanidad, que estableció los derechos y deberes fundamentales del paciente y que formuló los principios generales de universalidad y equidad. La Ley 41/2002 que es la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, obligaciones y derechos en materia de información y documentación clínica. La Ley 16/2003 Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
Uno de los derechos del paciente es el derecho a sugerir, reclamar o poner una queja, la ley establece que se debe facilitar a los usuraros la información nece-

saria para poder hacer uso de su derecho, en los centros de atención primaria y en los centros de atención especializada son los auxiliares administrativo los encargados de informar y de ayudar a los pacientes que lo necesiten a hacer uso de su derecho, la mayoría de las reclamaciones son sobre la organización, el funcionamiento, el trato recibido, las listas de espera, los recursos existentes…, también se suelen recoger por parte del auxiliar administrativo sugerencias cuyo objetivo principal es mejorar el servicio prestado, las instalaciones…
Si al hacer una reclamación en atención primaria, la contestación no es satisfactoria se debe poner otra reclamación en los servicios de atención al paciente, todas las reclamaciones deben de ser contestada antes de los 30 días hábiles. Todas las reclamaciones son previas a tomar acciones legales.

2 Objetivos

Definir sugerencia, queja y reclamación.
Facilitar, por parte del auxiliar administrativo la tramitación de sugerencias, quejas y reclamaciones en los centros de salud.
Explicar los pasos a seguir por parte del paciente y el auxiliar administrativo para poner una reclamación en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:
Bases de datos utilizadas: Se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: reclamación, queja, sugerencia, ley de sanidad, leyes, auxiliar administrativo, ámbito sanitario.
Criterios de inclusión: Fuentes bibliográficas que trataban sobre quejas y reclamaciones en los centros de atención primaria y en centros de atención especializada.
Criterios de exclusión: Se excluyen fuentes bibliográficas, que no tenga que ver con quejas y reclamaciones en los centros sanitarios y artículos en castellano que tengan más de 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Es muy importante diferenciar entre sugerencias, quejas y reclamaciones:

SUGERENCIA; es un escrito que se utiliza cuando se da una opinión para proponer alguna mejora o recomendación o cuando se quiere proponer que se incluya algún servicio en el ámbito sanitario.
QUEJA Y RECLAMACIÓN; es un escrito que se rellena y se presenta por el paciente cuando se incumple algún derecho, como consecuencia de una irregularidad o por la atención recibida no ha sido la adecuada
Las sugerencias o quejas se pueden presentar en el centro de salud donde se ha producido la desconformidad o en las oficinas de registro y se pueden registrar de tres formas;
-Presencial; rellenando el impreso y entregándolo firmando y con copia del DNI.
-Correo postal; dirigiéndola al centro de salud donde se produjeron los hechos o a alguna delegación de salud.
Forma telemática; rellenando los formularios que hay en la página web.
Cuando se hace una queja o reclamación se puede hacer de forma anónima o con nuestros datos, de esta forma estarán obligados a darnos una respuesta dentro de los plazos obligados para contestar.
A la hora de redactar una reclamación lo primero que tenemos que escribir son los datos personales de la persona que reclama, el nombre de la persona o centro de salud donde va dirigido la reclamación, los hechos que se han producido, siempre se debe de hacer de una manera detallada, clara y concisa, adjuntar toda la documentación que sea necesaria y copia del DNI, las reclamaciones siempre tienen que tener la fecha de presentación y la firma del solicitante.
En los centros de salud y consultorios se la entregaremos a los auxiliares administrativos, ellos son los encargados de tramitarla, nos darán una copia con un cuño donde pone fecha de la recepción, esa copia es el justificante de nuestra reclamación.
Los interesados tienes derecho a estar informado de cómo va la tramitación de su reclamación, en caso contrario podrán poner en conocimiento del órgano competente donde se gestionó su reclamación la falta de información y cuáles son los motivos de la desinformación.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos que desempeñan su trabajo en los centros de salud y consultorios son los encargados de tramitar todo tipo de sugerencia, queja y reclamación que se hagan en su lugar de trabajo. En una reclamación la parte más importante y difícil de tratar es la emocional, por lo que hay que hacer hincapié en

la forma en la que se debe tratar a la otra persona que es con educación, empatía y asertividad.
Muchas veces solucionar una reclamación de forma efectiva no es suficiente hay que utilizar un trato más amable de lo normal, ya que la persona que pone una reclamación tiende a estar decepcionada trasmitiendo un sentimiento negativo, por eso de la importancia del auxiliar administrativo a la hora de saber escuchar de forma efectiva para intentar solucionar su malestar o preocupación lo antes posible, hay veces que se da solución a su malestar o enfado sin tener que llegar a poner la reclamación.
Para un buen funcionamiento de los Centros de Salud y los Centros Hospitalarios hay que tener en cuenta las reclamaciones, quejas y sugerencias que los pacientes les hacen llegar, sobre todo las que son repetitivas, ya que indican que algo está funcionando mal, a esas se les debe prestar una atención especial, ya que se da con más frecuencia y así poder solucionarlas lo antes posible y de una forma más eficaz.

6 Bibliografía

https://www.interior.gob.es/opencms/es/servicios-al-ciudadano/participacion-ciudadana/derechos-de-participacion-administrativa/quejas-y-sugerencias/as y sugerencias. https://www.sanidad.gob.es/.
https://www.ocu.org/salud/derechos-paciente/modelos/reclamacion-por-listas-de-espera.
https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/58659.

Capítulo 250

LA GESTIÓN EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA POR LOS AUXIILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

ESTEFANÍA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ MORALES

ALICIA MORALEDA JIMÉNEZ

LUIS MIGUEL COMINO VILLAJOS

1 Introducción

Las maneras de gestionar los centros de salud han ido cambiando a lo largo de los años, antes todo se realizaba de una forma presencial, era necesario ir al centro de salud para pedir una cita, ahora hay varias formas por la que se puede solicitar cita o hacer otros trámites sin la necesidad de ir personalmente.
Una de las formas más usada sobre todo por las personas de avanzada edad a la hora de pedir una cita es la telefónica. Son muchísimas llamadas las que se pueden recibir a lo largo de un día en los centros de salud, los auxiliares administrativos son los encargos de responder esas llamadas además de hacer otras funciones, por los que muchas no se pueden responder y se dejan sin contestar, por lo que los usuarios deben volver a llamar.

Se debe prestar cuidado a la hora de la gestión de llamadas, ya que todas son importantes y hay que contestar a todas, aunque hay que seguir el protocolo que nos manda los centros de salud, por ejemplo, las llamadas de urgencias o del 112 que esas suelen entrar por una línea diferente y suele haber una persona solo encargada de contestar esas llamadas, esas llamadas se tienen que contestar todas por la gravedad del momento, y hacerlo de una forma rápida y eficaz, ya que de eso puede depender la vida de una persona.
Una buena atención telefónica en los centros de salud, es muy importante, ya que, si se realiza una atención rápida y eficaz, hará que los usuarios confíen en los trabajadores y valoren de una forma positiva la atención, el trato recibido y el buen funcionamiento del centro de salud.
Una buena atención telefónica por parte de los auxiliares administrativos que trabajan en los centros de salud es muy importante, ya que, si se presta una atención rápida y eficaz, los usuarios quedan contentos y valorarán de una forma positiva la atención y el trato recibido, así como el buen funcionamiento del centro de salud.

2 Objetivos

Mejorar la atención telefónica en los centros de salud.
Explicar la forma de actuar ante una llamada de urgencias o del 112.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:
Bases de datos utilizadas: Se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: atención telefónica, protocolo, llamadas 112, urgencias, rápida, eficaz.
Criterios de inclusión: Fuentes bibliográficas que trataban llamadas telefónicas en los centros de atención primaria, llamadas del 112 y llamadas a urgencias, gestión de llamadas centro de salud. Criterios de exclusión: Se excluyen fuentes bibliográficas, atención llamadas telefónicas y artículos en castellano que tengan más de 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Para poder responder una llamada de forma efectiva por los auxiliares administrativos en los centros de salud hay que seguir unas reglas que se describen en los siguientes puntos

1. Contestar el teléfono lo antes posible, no debe sonar más de tres o cuatro tonos, hay que tener disponibilidad a la hora de coger la llamada y recordar que la persona que está llamando busca ayuda y al atenderla de una manera correcta se minimiza su sufrimiento.
2. Identificarse antes de iniciar la conversación, así el usuario identifica que ha llamado correctamente y sabe con quién está hablando.
3. Mantener una actitud positiva, donde le dices al usuario como le puedes ayudar o preguntar lo que necesita.
4. Escuchar de una forma atenta y evitando las interrupciones. Esperar siempre que termine de hablar para responder y asegurarse de que se entiende lo que está preguntando antes de dar una contestación, siempre que haya dudas hay que volver a preguntar.
5. Responder con claridad, de una forma clara, relajada y pausada para que la otra persona le quede todo claro, antes de finalizar hay que preguntar si lo ha entendido.
6. Si hay que poner una llamada en espera se lo debemos comunicar, explicar cuál es el motivo, disculparnos y volver a atenderla en el menor tiempo posible.
7. Finalizar una llamada, debes lanzar una despedida, pero hay que dejar que la otra persona sea la que cuelgue, ya que ella realizó la llamada.

Si la llamada que entra es desde el teléfono de urgencias o el 112 hay que actuar de una forma diferente, lo primero es mantener la calma, y atender a la llamada con los cinco sentidos.

1. Hay que dejar lo que se está haciendo y coger la llamada de una forma rápida. Si se está atendiendo un paciente hay que explicarle de una forma que no se enfade que ha entrado una llamada del 112 y hay que atenderla.
2. Anotar todos los datos que nos dan, nombre, apellidos, dirección donde está el paciente, número de teléfono, dolencia o urgencia del paciente.
3. Buscar al paciente en el programa informático del centro de salud.
4. Comprobar que el paciente pertenece a nuestro centro de salud.
5. Se puede pasar la llamada del 112 al médico de guardia si se cree que es algo muy grave y complicado o comenzar el registro de la llamada y avisar al médico.
6. Los datos del paciente, teléfono y dirección lo anotaremos también en papel para entregárselo al médico en el caso de que lo solicite.

En el caso de que la llamada sea urgente y realizada por el mismo paciente o un familiar se actuara de forma parecida, pero con unos matices:
1. El familiar nos facilitará todos los datos por lo que lo identificaremos de una forma más rápida, y los anotaremos en papel.
2. Se le avisará a su médico que estará en consulta, y él nos dará los pasos a seguir.
3. Se le pasará la llamada a su médico o al médico de urgencias, si se ve conveniente o nos lo piden.

Todo lo estudiado en este punto nos ayudará a mejorar a la hora de gestionar e identificar las llamadas telefónicas, ante cualquier llamada lo primero que hay que hacer es mantener la calma y seguir los protocolos establecidos. Lo más importante ante una llamada de urgencias es anotar el número de teléfono que nos facilita, ya que en el caso de tener alguna incidencia con esa llamada podremos volver a llamar y poder hablar con el paciente o la persona que esté con él.

5 Discusión-Conclusión

Desde el principio de la jornada del auxiliar administrativo en los centros de salud, se reciben cientos de llamadas, de las cuales todas no se pueden atender de forma rápida y eficaz, hay algunos usuarios que vuelve a llamar para ser atendidos, pero otros ya no, por lo que se quedan muchas llamadas sin contestar.
Para el buen funcionamiento de los centros de salud se deberían atender todas las llamadas por lo que hay que hacer hincapié en la importancia de la atención telefónica, ya que muchas personas que llaman son mayores y su única manera de poder comunicarse con el centro de salud para solicitar una cita o cualquier qué gestión que necesiten es a través del teléfono, para este grupo de personas sería muy importante hacer unas mejoras como por ejemplo el servicio de rellamada, que permite que en el momento que la línea se quede disponible, ya sea por estar ocupada, comunicando, rechazas la llamada… se realice una llamada automática en el momento que se esté disponible.
La llamada al teléfono de urgencias ya sean al centro de salud directamente o a través del 112, hay que responderlas todas, aunque en ese momento se esté atendiendo otra llamada o haciendo cualquier trámite, ya que en estos casos la rapidez es fundamental por la gravedad del momento.
Dependiendo del tipo de llamada que entren se atenderán de una forma u otra siempre intentando satisfacer las necesidades del que llama.

6 Bibliografía

https://112.castillalamancha.es/112/la-llamada-al-112
https://www.castillalamancha.es/
https://www.redaccionmedica.com/
https://www.protocolo.org/laboral/empresarial/buenas-maneras-al-telefono-etiqueta-telefonica-atender-llamadas.html
https://pro.doctoralia.es/blog/clinicas/mejorar-atencion-telefonica-pacientes-clinicas
www.revistamedica.com

Capítulo 251

EL CELADOR Y SU ACTUACION ANTE PACIENTES QUE PADECEN PROBLEMAS CARDIACOS INGRESADOS

ANTONIA SIMARRO SIMARRO

JUAN CARLOS SEGURA SÁNCHEZ

LORENA LOZANO GALVAN

VÍCTOR JAVIER COLETO MUÑOZ

1 Introducción

La cirugía cardiovascular es una especialidad médica que se ocupa de los problemas del sistema cardiovascular que requieren una intervención quirúrgica de los pacientes . Los principales procedimientos cardiovasculares pueden incluir cirugía de derivación, cirugía de válvulas, cirugía de vasos grandes, arritmia cardíaca o incluso un trasplante de corazón. Este tipo de cirugía está en constante evolución y se utilizan nuevas técnicas, herramientas y otras opciones para optimizar el procedimiento con el tiempo.

El éxito de este tipo de cirugía ha facilitado y acortado un poco el tiempo de recuperación de los pacientes. En este capítulo, echaremos un vistazo general a cómo pasar de un paciente normal a un paciente cardíaco. No nos enfocamos en pacientes específicos o tipos específicos de procedimientos como reemplazo de

válvula, disección u otros tipos. Brevemente, hablaremos de forma general sobre el trabajo de enfermería con pacientes de estas características. Centrémonos en el trabajo del portero, su relación con el paciente desde que llega a urgencias o para una operación programada hasta que es dado de alta del hospital, y describiremos en términos generales todas las funciones del portero como paciente. se mueve por el hospital en el piso y en la sala de operaciones. , hasta el alta.

2 Objetivos

- Dar a conocer la labor del celador a la hora del trabajo con un paciente cardíaco.
- Explicar de modo detallado el trabajo del celador desde el ingreso del paciente, su paso por planta, durante la intervención, así como en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y su bajada de nuevo a planta hasta que es dado de alta.

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

Podemos empezar con el ingreso del paciente en el hospital. Normalmente, suelen ser intervenciones programadas las cuales entran por su propio pie al hospital, aunque también pueden ser traslados de un hospital a otro o algún paciente de urgencia que tenga que ingresar o directamente ser intervenido de urgencia. En cualquiera de esos casos el celador será el responsable del traslado del paciente ya sea a su habitación como directamente al quirófano si la situación realmente es necesaria.

Dentro de las operaciones programadas el celador este tipo de pacientes suelen ejecutarse una radiografía de tórax previa a la intervención que se podrá hacer antes del ingreso o trasladarlo al área de radiología una vez que ha ingresado.

Aparte de esto, el equipo de enfermería y auxiliares tendrán que ejecutarle una serie de pruebas previas a la intervención en la cuales el celador puede ayudar

a la movilización del paciente si se requiere, así como al desplazamiento de este tipo de pruebas o muestras al laboratorio o donde corresponda.
El día de la intervención, el celador cuando tenga orden del personal de quirófano irá a planta a por el paciente y lo subirá al área de intervenciones quirúrgicas junto con su historial médico y siempre avisando en planta del traslado de ese paciente por si no estuviera preparado para la efectuación de la intervención.
Una vez en el quirófano y siguiendo las instrucciones tanto del cirujano como del personal de enfermería, el celador procederá a colocar al paciente en la mesa de quirófano y le pondrá brazales, el arco o cualquier tipo de accesorios de la mesa que le digan que se va a utilizar.
El celador tiene la obligación de conocer el funcionamiento de la mesa de quirófano, así como de cómo poner y quitar todos los accesorios necesarios. Durante la intervención también será responsable del traslado del aparataje que el personal quirúrgico crea necesario o del traslado a laboratorio para la recogida de bolsas de sangre, plaquetas o plasma si se tuvieran que utilizar.
Durante la operación, si hubiera que movilizar al paciente también con ayuda del personal, el celador tendría que ejecutar esa función. Una vez está terminada la operación el celador deberá pasar al paciente de la mesa del quirófano a una cama o camilla al paciente y de allí trasladarlo a la unidad de cuidados intensivos. Será suya la responsabilidad de llevar al paciente junto con su historial médico y dejarlo en UCI en condiciones para que el personal de esa área pueda recibirlo y poder ejecutar las funciones que sean necesarias.
Normalmente, al poco tiempo de estabilizar al paciente se le ejecutará una radiografía portátil, donde el celador será el encargado de llevar el portátil de rayos a la uci y ayudar en la movilización del paciente para la efectuación de la prueba.
El celador que esté en la UCI durante los siguientes días, ayudará en el aseo del paciente y una vez esté extubado y estabilizado y siempre por orden facultativa se procederá a levantarlo de la cama y sentarlo en una silla con cuidado de todos los sueros, cables de monitorización y drenajes que lleva el paciente.
Con el paso de los días y dependiendo de su evolución se procederá a bajar al paciente a planta. Cuando se lo ordenen, el celador deberá ejecutar este traslado a su habitación en silla de ruedas o en cama dependiendo de lo que le digan. Una vez en planta cada día y si el paciente lo necesita, el celador deberá ayudar en el aseo del paciente, así como en los cambios posturales del mismo o ayudarlo a sentar y volverse a tumbar cada día.
Aparte de esto, lo normal es que estos pacientes sean trasladados para la efectuación de una radiografía de tórax cada día para ver su evolución.
Una vez el personal médico crea necesaria el alta hospitalaria del paciente, el

celador si hace falta acompañará hasta la salida al paciente o ejecutará este trayecto en silla de ruedas si el paciente no es válido para andar por su propio pie. De forma general vemos como el celador tiene una labor importante en cada área por las que pasa un paciente que se va a someter a una intervención cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir y con ello hacer una reivindicación del trabajo del celador en un hospital, el cual, está infravalorado laboralmente al no ser considerado como personal sanitario. En este capítulo sobre un paciente cardiovascular podemos observar la importante labor del celador y como está implicado en todos los procesos por los que pasa este tipo de paciente en el hospital, desde su traslado en el ingreso, su trabajo en el quirófano, UCI o los traslados para la efectuación de las pruebas pertinentes tanto antes como después de la intervención. Todo este resumen de funciones del celador lo hemos efectuado de manera general y basándonos en la forma de trabajo del hospital en el cual trabajamos, lo cual no quiere decir que en otros hospitales se trabaje de otra forma o incluso los celadores puedan tener tipo de funciones que en otros centros no tengan.

6 Bibliografía

1. https://www.medijimar.com/ejecutar-cirugia-cardiovascular/.
2. https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/informacion-general-sobre-cirugia-cardiovascular.

Capítulo 252

FUNCIONES DE LOS CELADORES CON RELACIÓN A SU OCUPACIÓN DENTRO DE LA FARMACIA

ANTONIA SIMARRO SIMARRO

JUAN CARLOS SEGURA SÁNCHEZ

LORENA LOZANO GALVAN

VÍCTOR JAVIER COLETO MUÑOZ

1 Introducción

La farmacia de las instituciones sanitarias es el lugar del cual sale toda la medicación solicitada por el resto de las unidades del mismo centro, sin embargo, si el servicio de farmacia de un centro abarca a más instituciones, preparará la medicación para centros de salud, unidades de media estancias, ambulancias del 112 e incluso residencias de personas mayores.

En el servicio de farmacia de un centro sanitario se realizan multitud de actividades relacionadas con el suministro de medicamentos al resto de servicios del centro sanitario, entre las que se pueden destacar:

• Dispensar estupefacientes. Es importante que el servicio de farmacia realice un control riguroso de las entradas y salidas de estupefacientes del servicio de farmacia, ya que son medicamentos que requieren de un control especial.

• Dispensar fórmulas magistrales, nutriciones, medicación citoestática… Esta medicación es realizada en las propias cabinas de la farmacia.

• Dispensar medicación de laboratorios extranjeros.
• Dispensar medicación a cada uno de los botiquines de los diversos servicios, para ello deberán controlar la medicación pedida por los enfermeros y la medicación dispensada desde la unidad de farmacia.
• Adquirir nuevos medicamentos que salen en el mercado de los laboratorios.
• Envasar medicación en unidosis, pudiendo ser medicamentos líquidos y sólidos.

2 Objetivos

- Conocer de manera general las funciones llevadas a cabo por el servicio de farmacia de un centro sanitario.
- Enumerar las funciones ejecutadas por los celadores adscritos al servicio de urgencias.
- Conocer los diferentes puestos de trabajo de los celadores dentro del servicio de farmacia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se requiere la presencia del cuerpo de celadores en el servicio de farmacia, ya que de ellos depende la distribución de la medicación por el resto de las unidades del centro sanitario.
La presencia de un número u otro de celadores dependerá en primer lugar de la organización de cada centro sanitario y del propio servicio de farmacia, y en segundo lugar, del número de pacientes hospitalizados en el centro sanitario de hospitalización.
Por regla general, se pueden encontrar los siguientes celadores en un servicio de farmacia de un centro sanitario.
• Un celador recepcionando la medicación distribuida por los diferentes laboratorios a través de diferentes empresas de transporte. o Recepcionarán la medicación

comprobando con el albarán entregado por el transportista. o Sellará el albarán al transportista una vez comprobado que toda la mercancía es correcta. o Entregará a la secretaría los albaranes sellados.
• Un celador distribuyendo la medicación recepcionada por el servicio de farmacia. o Distribuirá la medicación recibida por la farmacia, colocando cada medicación en el lugar correspondiente. o Ordenará la medicación posicionando en la parte delante la medicación con menor fecha de caducidad.
• Un celador distribuyendo toda la medicación preparada en las cabinas del servicio de farmacia. o Distribuirá los ciclos citostáticos en la sala de tratamiento de los hospitales de día de oncología o en las plantas de hospitalización. o Distribuirá la medicación parenteral.
• Un celador preparando los sueros para su posterior distribución por el resto de los servicios del centro sanitario. o Preparará los sueros solicitados por los supervisores de los servicios, siguiendo la hoja de pedido. o Preparará los sueros de residencias de personas mayores, unidades de media estancia, y centros de salud. o Distribuirá los sueros preparados en los distintos servicios del centro sanitario. o Comunicará a secretaria la falta o escasez de los sueros.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El celador en el servicio de farmacia de un centro sanitario. Funciones de los celadores con relación a su ocupación dentro de la farmacia" nos demuestra los diferentes puestos de trabajo de los celadores, dentro del servicio de farmacia de un centro sanitario. Es importante recordar que tanto el número de celadores como el número de puestos específicos, dependerá de la organización del centro sanitario y del propio servicio de farmacia.
Del mismo modo, es de destacar la importancia de controlar tanto la recepción como la distribución de los medicamentos a través de los pedidos en los albaranes, puesto que es un material muy delicado y costoso y requiere de un control especial.

6 Bibliografía

6 Bibliografía
- 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.

Capítulo 253

LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS FUNCIONES A REALIZAR EL CELADOR DE DICHA UNIDAD

ANTONIA SIMARRO SIMARRO

JUAN CARLOS SEGURA SÁNCHEZ

LORENA LOZANO GALVAN

VÍCTOR JAVIER COLETO MUÑOZ

1 Introducción

Es importante destacar los grandes profesionales que se requieren en estas unidades , dada de la dificultar y gravedad de los pacientes y especificidad de estos pacientes encamados, los celadores que intervienen en este servicio deben estar adecuadamente preparados para su movilidad, destreza y eficiencia, vestirse adecuadamente, ser plenamente conscientes de sus responsabilidades y cooperar con el resto del personal. El personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos (UCI) fortalecerá el personal de la unidad y será un enlace con otros servicios del hospital. La unidad de cuidados intensivos es un servicio altamente especializado que atiende a pacientes con enfermedades graves o que no pueden

ser tratadas en una sala de hospitalización debido a que estos pacientes requieren cuidados y tratamientos especiales debido a su condición. Esta es un área de usos múltiples y de acceso limitado que brinda atención las 24 horas para pacientes en estado crítico. El hecho de que el hospital cuente con una unidad de cuidados intensivos le permite brindar una atención de calidad a sus pacientes. La unidad de cuidados intensivos (UCI) cuenta con médicos que se especializan en el cuidado de estos pacientes críticos y tienen una amplia experiencia en el tratamiento de todo tipo de pacientes críticos, desde cardiólogos hasta pacientes politraumatizados y pacientes postoperatorios complejos.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que realiza este personal no sanitario (celador de Unidad de cuidados intensivos) en dicha área del hospital.
- Destacar el papel fundamental que el celador de Unidad de cuidados intensivos realiza y ensalzar la importancia de sus funciones en esta.

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 pacientes que se trasladen tendrán que ir correctamente monitorizados, con controles constantes de signos vitales. El celador tiene que transmitir tranquilidad tanto al paciente como a los familiares, ser riguroso, eficaz y resolutivo, ya que este es un servicio de alta complejidad que debe brindar un cuidado integral a aquellas personas críticas en salud. Será importante su ayuda en las labores de movilización y traslado y su colaboración estrecha con el resto del personal y esencial su labor como nexo con el resto de servicios.
Por ejemplo, en el turno de mañana deberá establecer unos objetivos claros junto con el resto de personal en cuanto a las altas y las pruebas a efectuar. Tendrá que trasladar las muestras si es preciso y se encargará también de poner en los boxes

el material desechable en caso de aislamiento. Serán los encargados de la entrada de familiares en hora de visita, así como de avisar de su finalización y observar el correcto funcionamiento con la obligatoriedad del uso de bata y calzas. También recogerán los cubos llenos para su sustitución.
En el turno de tarde se efectuarán las mismas labores y en el de noche además colaborarán con las auxiliares de enfermería en movilización, vaciado de bolsas, etc.
En esta unidad el celador procurará no realizar ruidos innecesarios y será una persona con amplia formación en la movilización dado que las características de los pacientes, encamados y muchas veces inconscientes hace necesaria esta capacidad.
Por lo tanto, el celador al igual que el resto del personal debe conocer perfectamente las diferentes posiciones sanitarias como decúbito supino, decúbito prono, lateral.
Los celadores en esta unidad permanecerán uniformados con batas asépticas cada vez que entren o salgan dado el estado de los pacientes. La atención que se le proporciona al paciente en esta unidad ha de ser vista de forma integral, por lo tanto, ha de existir una correcta coordinación con todo el equipo y toda la infraestructura necesaria. El celador no es la persona encargada de salvar vidas, pero si pasa mucho tiempo en contacto con los pacientes y saber hablar, tranquilizar y acompañar en esta situación puede ser una de las responsabilidades más satisfactorias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, al ser una de las áreas más específicas tendremos que realizar formación para cumplir efectivamente con nuestras funciones y orientarnos bien. Tener conocimientos adecuados y específicos contrastados y en colaboración con el resto de los compañeros para hacer un buen equipo y ayudarnos eficazmente consiguiendo que el tiempo de permanencia del paciente sea menos traumático. La experiencia de trabajar en esta unidad donde el paciente se aísla. Temporalmente de su grupo familiar para ser observado quedando al cuidado de personal desconocido para él conduce a reflexionar acerca de sus necesidades de carácter emocional, sensitivo y de confort. Esta atención permanente, el estrés de no saber que, va a pasar y el poco descanso del paciente produce una desorientación que debemos tener en cuenta a la hora de realizar nuestra labor en la unidad.

6 Bibliografía

1. El celador en la Uci. Juán Tomás Giménez Casos.
2. Ana Owen. Monitorización en Cuidados Intensivos. McGraw- Hill Interamericana de España. 1993.
3. A. Esteban; C. Martín. Manual de Cuidados Intensivos para Enfermería.

Capítulo 254

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTION DE CITAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

LUIS MIGUEL COMINO VILLAJOS

MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ MORALES

ESTEFANÍA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ALICIA MORALEDA JIMÉNEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo es una parte muy importante para el buen funcionamiento de la atención primaria, ya que realizan una gran variedad de funciones y son trabajadores imprescindibles para el buen funcionamiento del centro de salud.

Una de las principales funciones es la atención al público, debemos atender al usuario de una forma atenta escuchando sus necesidades para así poder ayudar y dar soluciones a sus necesidades.

Otra de las funciones es la atención telefónica, desde hace unos años se ha ido incrementando las llamadas telefónicas, tanto para pedir citas como para realizar otros trámites, es muy importante estar atento al teléfono, ya que las urgencias

se suelen comunicar por llamadas telefónicas y de los auxiliares administrativos depende la rápida atención y gestión de las llamadas.
Los auxiliares administrativos se encargan de gestionar todas las citas de los profesionales sanitarios de los centros, como por ejemplo las citas médicas, citas a enfermeros/as, odontólogos, matronas, pediatras, fisioterapeutas, asistenta social… dependiendo del tamaño del centro de salud o los consultorios habrá unos especialistas u otros al igual que número de trabajadores.
También se encargan de gestionar todas las citas de los médicos especialistas, radiografías, ecografías…, es el encargado de gestionar todos los trámites relacionados con citaciones, para ello se trabaja con programas informáticos que se usan de forma conjunta tanto los auxiliares administrativos como los compañeros sanitarios que trabajan en Atención primaria, Atención especializada, urgencias.

2 Objetivos

Identificar las funciones de los auxiliares administrativos en los centros de atención primaria.
Conocer y mejorar la gestión de citas por los auxiliares administrativos en los centros de salud de atención primaria.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:
Bases de datos utilizadas: Se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: gestión de citas, citas médico especialista, agenda, funciones auxiliares administrativo, centro salud, app.
Criterios de inclusión: Fuentes bibliográficas que trataban sobre gestión de citas centros de atención primaria y en centros de atención especializada. Criterios de exclusión: Se excluyen fuentes bibliográficas, que no tenga funciones y gestión de citas en los centros sanitarios y artículos en castellano que tengan más de 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos tienen muchas funciones a la hora de gestionar las citas de atención primaria, la tramitación de esas citas puede ser de forma presencial o telefónica.
Para poder pedir una cita es necesario que el paciente tenga tarjeta sanitaria, en el caso que no la tenga, primero se deberá mirar en la base de datos para comprobar si alguna vez la ha tenido y no duplicar al paciente en la base de datos, todos estos trámites se realizan a través del centro de salud por los auxiliares administrativos, una vez que el paciente sale registrado en la base de datos del programa ya se puede dar cita con el médico que se le ha asignado.
Se utilizan dos programas para dar citas en el sescam:
Turriano; programa que se usa para gestionar todas las citas del centro de salud, desde el programa se puede dar cita, eliminar cita, cambiar cita…
Mambrino; programa que se utiliza para gestionar las citas de los médicos especialistas
Con la pandemia han aumentado la gente que llama al centro para pedir cita en vez de hacerlo de forma personal, lo cual ha producido una saturación de las líneas telefónicas con lo cual conlleva a no poder atender todas las llamadas de una forma rápida y eficaz.
La forma más rápida para solicitar cita en los centros de salud de Castilla la Mancha, es hacerlo a través de las aplicaciones móviles, para ello solo es necesario de conocer el número CIF que es el código de identificación del paciente. Cada año aumentan los números de descargas de la aplicación y después de la pandemia son muchísimas más personas las que se han familiarizado con ella y la usa. Guadalajara seguida de Toledo son las provincias donde más se han descargado.
La cita online es una herramienta que nos permite pedir cita a los profesionales médicos sin necesidad de hacer colas en los centros de salud, ni llamar por teléfono, a través de ella podemos gestionar todas nuestras citas, cambiar la hora o anularla, al usarla de manera correcta agilizamos la atención de las consultas y las colas de los centros de salud.
Desde los centros de salud los auxiliares administrativos deben potenciar la cita online, ya que es muy beneficiaria para los usuarios porque les permiten coger su cita desde cualquier lugar y a cualquier hora. También es muy importante para los auxiliares administrativos de los centros de salud, ya que se les descargaría de trabajo y podrían desempeñar ese tiempo en realizar otros trámites.
Con la aplicación se puede pedir cita a varias personas y solo es necesario conocer

el CIF de cada una.

5 Discusión-Conclusión

Son muy importantes y necesarias las funciones que realizan los auxiliares administrativos en la atención primaria, de ellos dependen el buen funcionamiento de los centros de salud y consultorios.
Al llegar los pacientes a los centros médicos, la primera persona con la que tienen contacto son con los auxiliares administrativos, ellos son los encargados dependiendo de las necesidades de los pacientes de gestionar lo que necesiten, pueden ser una cita médica, si es así dependiendo de sus necesidades se le dará una cita de carácter normal o urgente, pero también pueden necesitar realizar algún trámite con los médicos especialista o cualquier cosa que se pueda gestionar en los centros de salud.
En los últimos años se han ido incluyendo nuevos sistemas electrónicos para solicitar citas en los centros de salud, uno de los más importantes es la creación de una app del sescam gratuita y que millones de personas se han descargado en Castilla la Mancha, con ella se facilita el poder solicitar cita, cambiarla y elegir el horario durante las 24 horas del día y durante los 365 días al año. Las nuevas tecnologías lo que han conseguido es liberar un poco de trabajo a los auxiliares administrativos, también facilitar a los usuarios la rapidez y comodidad a la hora de solicitar cualquier tipo de cita, ya que ellos mismos y sin la mediación de ningún trabajador pueden gestionar sus citas, cambiar el horario de ellas y cancelarlas. Todo adelanto a la hora de gestión de los centros de salud es muy bien recibido tanto por los trabajadores como los pacientes.

6 Bibliografía

https://sanidad.castillalamancha.es/
https://www.unir.net/salud/revista/servicios-atencion-paciente/
https://www.saludcastillayleon.es/es/serviciosonline/carpeta-paciente
Atención al Paciente: 4 Claves para una Atención de Clase Mundial (growmedical.org)

Capítulo 255

EL CELADOR ANTE LOS CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE ENCAMADO PARA PREVENIR LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ANTONIA GARCIA GARCIA

ROCIO CORTES RAMIREZ

RAQUEL REDONDO VALERO

PEDRO GARCÍA VENTURINI

LAURA DARRIBA BARBA

1 Introducción

Los cambios posturales son realizados en aquellos pacientes que pasan largas temporadas en una cama debido a su larga hospitalización o debido a su dolencia. Es una actuación muy común para la prevención de las úlceras por presión, ya que se libera la presión en las zonas corporales sobre la que recae todo el peso del paciente.

Los cambios posturales son pautados por el equipo médico responsable del paciente, y llevadas a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería

con la ayuda del celador, encargándose este de la movilización de aquel paciente que por sus dolencias no pueda ser movilizado únicamente por el equipo de enfermería. Los cambios posturales serán pautados cada 3 o 4 horas cuando se trata de liberar las zonas corporales presionadas cuando el paciente se encuentra encamado, y cada 15 o 30 minutos cuando el paciente se encuentra sentada y ejerce toda la presión sobre una única zona corporal.
El equipo de enfermería con ayuda del celador deberá desarrollar un programa de cambios posturales que se realizarán cada 3 o 4 horas siempre que las necesidades del servicio y las condiciones físicas del paciente lo permitan, por lo que este programa deberá desarrollarse durante los tres turnos de trabajo: mañana, tarde y noche.

2 Objetivos

• Conocer las categorías profesionales que intervienen en la prevención de las úlceras por presión y que llevan a cabo el plan de cuidados posturales.
• Establecer las funciones de los celadores durante la realización de los cambios posturales.

3 Metodología

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

4 Resultados

El plan de cambios posturales será realizado cada 3 o 4 horas, es decir, en cada turno deberá realizarse un mínimo de dos veces, siempre que las necesidades del servicio lo permitan.
A continuación, se procederá a desarrollar las posiciones anatómicas correctas en las que debe quedar el paciente tras el plan de cambios posturales.
• Decúbito supino.
La posición de decúbito supino el paciente quedará tumbado poca arriba, ejerciendo la presión en la espalda, glúteos, talones y codos.

La cabeza del paciente deberá permanecer alineada con el resto del cuerpo, en especial con la columna, por lo que, el tronco quedará recto, las caderas se encontrarán flexionadas mínimamente, las piernas estiradas, los brazos estirados y pegados al cuerpo, los pies con los dedos hacia arriba y las manos sobre el abdomen o sobre los muslos.
Dispositivos utilizados para aliviar la presión: o Almohada debajo de la cabeza. o Almohada debajo de los brazos. o Almohada debajo de las rodillas. o Almohada debajo de las piernas, manteniendo los talones liberados.

• Decúbito lateral.
La posición de decúbito lateral el paciente quedará tumbado hacia uno de los dos lados, ejerciendo la presión sobre el costal de ese lazo, brazo sobre el que quede apoyado el cuerpo y tobillo de ese mismo lado.
La cabeza del paciente deberá permanecer alineada con el resto del cuerpo, en especial con la columna, por lo que, deberá apoyarse la cabeza sobre una almohada.
Los brazos quedarán en anteversión, por lo que se colocará una almohada entre ellos.
Se utilizará una almohada debajo de la espalda que permitirá la colocación del paciente en decúbito lateral.
Dispositivos utilizados para aliviar la presión: o Almohada debajo de la cabeza. o Almohada debajo de los brazos. o Almohada entre las piernas, evitando el roce de ambas rodillas. o Almohada entre las piernas, evitando el roce de ambos tobillos.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha mencionado anteriormente los cambios posturales deberán realizarse sobre aquellos pacientes que pasan largas temporadas encamados y presentan signos de aparición de úlceras por presión. Es importante destacar que es una actuación en la que participa todo el equipo, ya que el equipo de enfermería encomendará la tarea de realizar los cambios posturales al técnico en cuidados auxiliares de enfermería, que a su vez este será ayudado por el celador para las movilizaciones del paciente.
Hay que recordar que dicha actuación será supervisada por el equipo de enfermería y que el celador seguirá las pautas marcadas por este, sin realizar ninguna movilización por su propia decisión, ya que deberá conocer las patologías del paciente para evitar una movilización perjudicial para el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

- Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriáticos. 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.
- RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 256

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO DE SALUD. TRAMITACIÓN DE UN ALTA DE TARJETA SANITARIA INDIVIUDAL

INMACULADA SANCHEZ-CRESPO URDA

ANGEL MATEO MIRANDA

MARIA JESUS RAME GOMEZ-CABRERO

1 Introducción

El derecho a la asistencia sanitaria, y la condición de asegurado, lo reconocen las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Una vez reconocido este Derecho, el interesado tiene que tramitar la Tarjeta Sanitaria, que es el documento Individual y personalizado con el cual el paciente se identifica para poder disponer de los servicios sanitarios del Servicio de Salud de la comunidad donde reside, así como en los desplazamientos realizados en todo el territorio Nacional, y es precisamente este trámite de alta el que es realizado por los auxiliares administrativos en los diferentes centros de salud o consultorios de la comunidad autónoma.

Así mismo, la Tarjeta Sanitaria Garantiza la confidencialidad de los datos personales y sanitarios de los pacientes, también permite la correcta emisión de las recetas prescritas por parte de su médico de familia en pacientes mayores de 14

años o del pediatra para los pacientes con edades comprendidas entre los 0 y 14 años.

Es un documento intransferible que debe tener todos los ciudadanos, sea cual sea su edad.

La Tarjeta Sanitaria tiene un uso exclusivamente sanitario, por lo que no tendrá ningún valor para el resto de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social.

2 Objetivos

Profundizar en el trabajo realizado por el Auxiliar Administrativo en relación con la Tarjeta Sanitaria. En este capítulo veremos cómo se procede de manera detallada a un alta en Tarjeta Sanitaria.

3 Metodología

Los métodos utilizados para la confección de este Capítulo sobre la Tarjeta Sanitaria, ha sido la consulta de los diferentes artículos publicados en la página del Servicio de Salud de Castilla La Mancha, así como los diferentes manuales destinados al tratamiento de Tarjeta Sanitaria para los centros y consultorios de Salud de Castilla-La Mancha.

4 Resultados

En los centros de Salud para tramitar todos los procedimientos relacionados con la Tarjeta Sanitaria utilizamos la aplicación de Tarjeta Sanitaria – Gestor Poblacional y Recursos Sanitarios.

Esta aplicación funciona en dos modalidades:

• Modo propuesta: exige una validación posterior por la Unidad de Tramitación de Tarjeta Sanitaria de la Gerencia:
Altas iniciales.
Modificación de datos (datos personales, Tipo de Ciudadano, etc.).
Antes de realizar ningún proceso se debe comprobar si existen propuestas rechazadas pendientes de resolver.
• Directamente contra la Base de Datos Central:

Cambio de médico o domicilio de usuarios con tarjeta sanitaria individual (TSI) del Servicio de Salud de Castilla La Mancha.
Extravío o deterioro.

Propuesta de alta en TSI:

Genera una propuesta de emisión de Tarjeta Sanitaria y acredita el derecho a la asistencia sanitaria desde que el usuario solicita la TSI hasta que la recibe en su domicilio.

Se realiza un alta por cada usuario.
Se hará una propuesta de alta en TSI cuando:
• El usuario, solicite por primera vez la TSI.
• Usuarios con TSI de otro Servicio de Salud.

Se hará una propuesta por cada titular o beneficiario del mismo, según Documento Acreditativo del Derecho a la Asistencia Sanitaria (TA.1 y P.1), emitido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Para generar una propuesta de alta en TSI nos vamos a la barra de menús y seleccionamos: Menú: Poblacional - Población.
- Se consulta por si ya existiera el usuario en la base de datos de TSI del SESCAM. Para ello introduciremos algún dato como, por ejemplo: NIF, PASAPORTE, NAF etc., marcando los casos para que el ciudadano este activo o en el histórico, marcando el check correspondiente. En caso negativo nos saldrá un cuadro de diálogo donde nos indica que "no se han encontrado registros con esos criterios de búsqueda", por lo que procedemos a añadir el registro.

Hacemos clic sobre el icono, añadir del menú de acciones de la parte izquierda de la pantalla, nos aparecerá una pantalla de búsqueda del ciudadano en nuestra gerencia y en el SNS.

Buscaremos por algunos de los criterios anteriores, en este caso disponemos del NIF que será por el campo que busquemos y le daremos a consultar, en este caso en la base de datos de la Comunidad de CLM aparece vacío como anteriormente hemos comprobado, pero sí que aparece en la base de datos del SNS, como un registro en otra comunidad autónoma, tendremos que seleccionarlo para arrastrar los datos que tiene en el SNS al proceso de alta que estamos realizando y clicaríamos sobre el botón continuar, automáticamente nos aparece la pantalla de alta con los datos parcialmente cumplimentados extraídos de la base de datos del SNS.

Los datos de la pantalla de DATOS IDENTIFICACIÓN estarán rellanados, por lo que tendremos que seguir a la siguiente pestaña a través del botón SIGUIENTE.

Accedemos a la pestaña DATOS CONTACTO.

Estos campos los tendremos que rellenar manualmente, ya que es el nuevo domicilio en nuestra comunidad y también los teléfonos.

En la pestaña Datos de Contacto se debe usar el asistente de Búsqueda de Domicilio que ofrece datos de Callejero según el Instituto Nacional de Estadística. A estos datos se accede por consulta identificando el Municipio y una mínima descripción, se utiliza el comodín (*) para completar la búsqueda de la descripción de la vía, una vez realizada esta consulta el programa arroja un listado con los tramos coincidentes con nuestros criterios de búsqueda, al seleccionar un tramo se nos completan los datos asociados al mismo, como por ejemplo distrito, sección, centro de salud asignado y zona básica de salud.

Si no se encontrara una calle en el Callejero oficial se dará de alta como provisional.

Validaremos con el botón correspondiente habiendo completado la parte de dirección.

En la siguiente parte rellenaremos los teléfonos de contacto y continuaremos pasando a la siguiente pestaña DATOS ASEGURAMIENTO

Tenemos que definir el tipo de ciudadano correspondiente a su situación en Seguridad Social, nos aparece un desplegable con los tipos de ciudadanos coincidentes con los datos que hemos ido aportando, como por ejemplo Si es Extranjero, Emplazamiento, la Edad.
Elegiremos el tipo correspondiente de la lista mostrada, nos aparece ya rellenos los campos de NAF propio y NAF asistencia, porque en el principio los hemos arrastrado de los datos del SNS, procedemos a la siguiente pestaña: DATOS ADMINISTRATIVOS.

En esta pestaña asignaremos el centro, facultativo y enfermería.
Seleccionamos el centro con la ayuda correspondiente, al seleccionar el centro y usar la ayuda del CIAS nos aparece el listado de los facultativos seleccionables por nuestras condiciones, clicaremos uno y automáticamente se rellena el puesto enfermería asociada a ese facultativo, con todo relleno presionamos el botón añadir y nos aparece la pestaña TARJETA.

En esta pestaña podremos seleccionar el tipo de petición y si queremos o no fabricar la tarjeta física. Lo usual es que le pongamos en el estado de la tarjeta Pendiente de fabricar y el Tipo de Petición remitir la tarjeta al domicilio del ciudadano.

Una vez relleno todos los campos, procedemos a añadir y aparece una ventana emergente con un cuadro de diálogo para introducir comentarios a la unidad de tramitación que será la encargada de validar nuestra propuesta de Alta. Nos dará la opción de imprimir una hoja con todos los datos propuestos para el ALTA para entregársela al ciudadano hasta que se le fabrique la tarjeta física.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, de manera general será requisito previo e imprescindible para la emisión de la Tarjeta que el usuario tenga asignado un Número de Afiliación de la Seguridad Social (NASS), por la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o esté incluido en una cartilla como beneficiario. Habiendo una serie de ciudadanos que se les genera desde el ámbito sanitario unos números de seguridad social según su tipo de ciudadano, ej. Extranjeros irregulares, convenios especiales, peticionarios de asilo, etc.

Importante señalar que el sistema de información poblacional del programa Tarjeta Sanitaria constituye la base de datos de pacientes de toda la comunidad autónoma y para todos los sistemas de información de la CC.AA. que requieren la identificación de pacientes.

Como hemos podido observar desde la ventana de tratamiento de la población se hacen todas las operaciones y actualizaciones posibles para cualquier ciudadano, para ello existirán distintas acciones que irán enlazando con el ciudadano previamente seleccionado y que mostrarán distintas ventanas de datos con las acciones posibles en cada una de ellas.

6 Bibliografía

1.-https://sanidad.castillalamancha.es/
ciudadanos/tarjetasanitaria/informacion
2.- Manual Usuarios Centros

Capítulo 257

GRUPO MECANICOS HOSPITALARIOS Y EL USO DE ESCALERAS DE MANO EN HOSPITALES

JUAN JESÚS MURES PINTOR

MIGUEL ANGEL CAMPOS PARRAS

JORGE ESTEVE FERRER

AGUSTÍN DEL HOYO SALCEDO

ROGELIO DOMENECH SÁNCHEZ

1 Introducción

En un hospital, aparte de la actividad asistencial y administrativa, tienen lugar otro tipo de actividades como son las tareas limpieza, el trabajo de almacén y el trabajo de mantenimiento. Es en este último caso donde más necesarias son.
Para desarrollar este tipo de actividades, en muchas ocasiones es necesario el uso de escaleras de mano, las cuales suponen un riesgo tanto para el profesional que la utiliza como para sus compañeros e incluso para los propios pacientes o acompañantes. Por ello es necesario conocer los riesgos que suponen su uso y las medidas preventivas a adoptar.
En primer lugar, hay que definir que es una escalera de mano. La escalera de mano es un instrumento portátil que consiste en dos piezas paralelas o ligeramente

coincidentes unidas a intervalos por travesaños y que se emplea para subir o bajar a un individuo de un nivel a otro.
Según el tipo de escalera nos podemos encontrar con una escalera simple de un tramo, escalera doble de tijera, escalera extensible, escalera transformable o una escalera mixta con rótula, cada una con sus características propias de construcción y uso, así como la diversidad de materiales de las que pueden estar hechas: madera, aluminio, acero y materiales sintéticos.

2 Objetivos

Conocer cuáles son los riesgos que entraña el uso de las escaleras de mano y las medidas preventivas a adoptar.

3 Metodología

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 uso de escaleras manuales. Revisión bibliográfica de bases de datos, consulta de guías y protocolos hospitalarios.

4 Resultados

Almacenaje, limpieza, mantenimiento. Para realizar estas actividades es necesario el uso de escaleras de mano. En concreto, nos vamos a centrar en las labores de mantenimiento, ya que tanto electricistas, mecánicos, albañiles, fontaneros. A la hora de realizar obras o reparaciones, es muy probable que deban hacer uso de estos equipos de trabajo que, siendo su uso tan común incluso en los hogares, suponen un riesgo si no se tienen en consideración determinadas medidas preventivas que pueden tener consecuencias graves tanto para quien las usa como para quien pase cerca en ese momento.
Riesgos:
- Caída de altura: puede producirse por diversos motivos entre ellos están el deslizamiento lateral de la parte superior de la escalera debido a un apoyo inestable, una mala colocación de la escalera, el viento, un desplazamiento lateral del usuario, etc.; deslizamiento del pie de la escalera por la falta de zapatas antideslizantes, suelo inestable o en cuesta, escasa inclinación en la colocación de

la escalera, etc.; inestabilidad al subir cargas o al moverse lateralmente para efectuar un trabajo; desequilibrio al resbalar en los peldaños por el uso de un calzado poco apropiado y que el peldaño esté sucio; gesto violento del usuario por un objeto difícil de subir, una descarga eléctrica, intentar recoger un objeto que va a caer, etc.; basculamiento hacia atrás de la escalera al ser demasiado corta para la altura a la que se desea trabajar o por estar colocada muy verticalmente sin respetar el ángulo adecuado de colocación; subir o bajar de espaladas a la escalera; y por errónea colocación de cuerpo, pies o manos.

- Atrapamientos: pueden producirse al desencajarse las bisagras de la ensambladura de las cabezas de las escaleras de tipo tijera o transformable, a la hora de abrir una escalera extensible o al romperse la cuerda de dicha escalera al estar mal atada durante el desplegado y el plegado.
- Caída de objetos sobre otras personas: para la realización de determinados trabajos es necesario el uso de herramientas o materiales que pueden caer desde la escalera sobre el personal que esté ayudando, así como al resto de personas que puedan pasar por debajo o cerca de la escalera.
- Contactos eléctricos directos o indirectos: por el uso de escaleras metálicas para realizar trabajos de electricidad o cercanos a instalaciones eléctricas.
- Accidentes varios: los operarios pueden sufrir desmayos, mareos, al subirse a las alturas.

Medidas preventivas:

- Antes de iniciar cualquier trabajo, es necesario comprobar el estado de los peldaños, largueros, zapatas y en caso de detectar algún desperfecto que pueda ocasionar algún problema de seguridad, no debe ser utilizada y se comunicará la incidencia para que sea reparada o sustituida.
- Previo a su utilización, deberá asegurarse su estabilidad de forma que la base quede debidamente asentada. En caso de disponer de ruedas, se deberá asegurar su inmovilización.
- Hay que asegurarse de que la suela de los zapatos y los peldaños estén secos y limpios de sustancias deslizantes.
- Se debe evitar situar la escalera en una zona de paso o frente a una puerta, salvo que fuese imprescindible, en cuyo caso se debería bloquear la puerta y señalizar la zona.
- La bandeja superior de la escalera no debe ser utilizada como si fuese un peldaño más. Su función es servir de apoyo para depositar objetos manipulados y para aportar un punto de agarre en caso de perder el equilibrio.
- Las escaleras de mano nunca deben ser pintadas, ya que se podrían tapar defectos que deben ser tenidos en cuenta. Solamente está permitido el uso de barnices

transparentes.
- Para ascender o descender de la escalera, así como para realizar el trabajo, se estará frente a la escalera y nunca de espaldas. Además, durante el ascenso y descenso se mantendrán en todo momento tres puntos de contacto con la escalera.
- Nunca se deben emplear para transportar o manipular cargas que por su peso y tamaño puedan poner en peligro la seguridad del trabajador.
- No pueden ser empleadas a modo de caballete para sostener otras plataformas de trabajo.
- No se emplearán bajo condiciones meteorológicas desfavorables.
- No serán utilizadas por dos o más personas de manera simultánea.
- A la hora de realizar trabajos que puedan suponer un riesgo eléctrico, se mantendrán las debidas distancias de seguridad con los elementos que estén en tensión eléctrica y se emplearán escaleras fabricadas en madera o en fibra de vidrio aisladas.
- En caso de tener que realizar una reparación, solo se deben emplear aquellas piezas contempladas por el fabricante.
- Siempre deben ser limpiadas tras su uso de las posibles sustancias que hayan caído sobre ellas y se almacenarán protegidas de la intemperie.
- Las escaleras no deben ser utilizadas por personas que sufran vértigo o similares.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de una escalera de mano deberá limitarse a las circunstancias en que la utilización de otros equipos de trabajo más seguros, como por ejemplo las plataformas elevadoras móviles de personas o los andamios, no esté justificada por el bajo nivel de riesgo en relación con la frecuencia, altura y duración de los trabajos a desarrollar y por las características del lugar donde vayan a ser llevados a cabo. Cuando se determine que es necesario su uso, se deberán tener en cuenta las medidas preventivas citadas anteriormente, así como las especificaciones de cada fabricante.

Para reducir este tipo de riesgo es necesario formar a los trabajadores sobre un uso correcto y adecuado de las escaleras de mano para evitar posibles accidentes que puedan tener consecuencias graves tanto para ellos como para compañeros y usuarios del hospital.

6 Bibliografía

1. [Internet]. Mc-mutual.com. 2020 [cited 16 December 2020]. Available from: https://www.mc-mutual.com/documents/20143/47599/mantenimiento_es.pdf/52117697-2b20-6997-d83a-066797e9b4d0.2310.
2. [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 16 December 2020]. Available from: https://www.insst.es/documents/94886/375493/Folleto.+Empleo+seguro+de+las+escaleras+de+mano+-+A%C3%B1o+2012+(en+cat%C3%A1logo).
3. [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 16 December 2020]. Available from: https://www.insst.es/documents/94886/327166/ntp_239.pdf/c0e26253-5bed4177-93da-644b921956c8.
4. [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 16 December 2020]. Available from: https://www.insst.es/documents/94886/160070/N%C3%Bamero+21.+utilizaci%c3%93n+de+escaleras+manuales.

Capítulo 258

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LOS RIESGOS ELÉCTRICOS

JUAN JESÚS MURES PINTOR

MIGUEL ANGEL CAMPOS PARRAS

JORGE ESTEVE FERRER

AGUSTÍN DEL HOYO SALCEDO

ROGELIO DOMENECH SÁNCHEZ

1 Introducción

Hablaremos sobre el personal de gestión y servicios como son los electricistas que están en los centros sanitarios realizando arreglos y mantenimiento en hospitales y centros de salud, y en otras instituciones sanitarias, y de los riesgos que conlleva sus labores con la electricidad y de los que no estan libre de padecer
La electricidad se ha convertido en el tipo de energía más utilizado, rodeándonos tanto en casa como en el trabajo. La principal razón es que se trata de energía limpia. Esto supone un riesgo para las personas y sus bienes debido a la falta de disponibilidad de los conocimientos adecuados y de los medios para utilizarlos. Por lo tanto, se debe considerar el riesgo eléctrico, que se refiere a la exposición potencial del cuerpo humano a la corriente eléctrica, o la capacidad de circular en el cuerpo humano. Hay dos tipos de contactos actuales:

- Directamente: cuando una persona toca una parte energizada de la instalación o un elemento normalmente energizado.
- Indirecto: cuando una persona accidentalmente entra en contacto con un elemento vivo. En hospitales, instalaciones eléctricas (transformadores, generadores, tomas, cuadros eléctricos), equipos electromédicos (equipos de diagnóstico, lectura, control de reanimación), oficinas (ordenadores, impresoras), herramientas eléctricas utilizadas por el personal de mantenimiento (taladro, pulidora, amoladora), etc.

2 Objetivos

Objetivo principal:
Conocer los efectos del paso de corriente a través del cuerpo humano.
Objetivo secundario:
Enunciar los factores que influyen en los efectos de los fenómenos de contacto eléctrico. - Describe las principales precauciones ante riesgos eléctricos.

3 Metodología

Los estudios realizados incluyeron una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica disponible. Se realizaron búsquedas en notas técnicas y directrices clave publicadas por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) sobre riesgos eléctricos. Consulte el directorio de la base de datos y consulte las pautas y los procedimientos del hospital.

4 Resultados

Impacto actual:
El paso de corriente a través del cuerpo humano puede causar lesiones físicas secundarias como colisiones, caídas, etc. La fibrilación ventricular puede ser fatal.
- Fibrilación ventricular: movimiento desordenado del corazón, deteniendo el bombeo de sangre a los órganos y no siguiendo el ritmo normal aunque esté en movimiento.
- Quemaduras: resultado del calor generado por una corriente eléctrica que pasa a través del cuerpo. Esto puede provocar enrojecimiento, hinchazón e incluso oscurecimiento.

- Tetanización: movimiento descontrolado de los músculos cuando se hace pasar una corriente eléctrica a través de ellos. Se pierde el control de los brazos, manos, músculos del pecho, etc., dependiendo de dónde fluya la corriente.
- Asfixia: el sistema nervioso central, que regula la función respiratoria, se ve alterado por el paso de corriente eléctrica, lo que puede llegar a provocar un paro respiratorio. Estos efectos suelen ser reversibles, pero suelen dejar huellas en la corriente.

Los principales factores que afectan el voltaje son:

- Amperaje: Los principales factores que más inciden en las consecuencias y lesiones de los accidentes eléctricos:

Umbral de percepción: el valor mínimo de corriente que produce la percepción humana durante el paso. Respuesta umbral: el valor mínimo de corriente que provoca la contracción muscular.

Umbral de no expansión: la corriente máxima que puede liberar el electrodo si se mantiene el electrodo.

Umbral de Fibrilación Ventricular: el valor mínimo que puede causar fibrilación ventricular.

- Tiempo de contacto eléctrico: cuanto menor sea el tiempo de contacto, menor efecto puede producir el mismo valor de corriente.
- Reactividad del cuerpo humano: su importancia en la evolución del accidente depende de la tensión, frecuencia y duración del flujo de corriente. Dureza de la piel, temperatura y humedad. área de contacto, presión superficial, etc.
- Voltaje aplicado: no es peligroso per se, pero depende del amperaje y resistencia del cuerpo (ley de Ohm).
- Frecuencias AC: Las frecuencias altas son menos peligrosas que las frecuencias bajas.
- Camino de la corriente a través del cuerpo: la gravedad depende del camino de la corriente a través del cuerpo. Una trayectoria más larga significa más arrastre y menos fuerza, pero no menos lesiones, y las áreas del cuerpo que causan el daño más severo son el pecho y la cabeza. Reglas básicas de precaución:
- Comprobar el estado de los cables antes de utilizar equipos eléctricos.
- Antes de enchufar o desenchufar un aparato o máquina eléctrica, debe apagar el aparato o máquina eléctrica.
- No tirar de los cables al desenchufar máquinas, herramientas o equipos eléctricos.
- No sobrecargar el enchufe con uso de ladrones.
- No manipular los componentes eléctricos con las manos mojadas o en un ambiente húmedo, ni permitir que se mojen accidentalmente.

- No alterar o quitar la protección de diversos equipos, instalaciones o sistemas.
- Prestar atención al sobrecalentamiento anormal de motores, cables, gabinetes y equipos.
- No tocar directamente a las personas cargadas.
- Se debe utilizar un extintor Clase C para extinguir incendios eléctricos. Nunca usar agua para extinguir un incendio.
- Las herramientas y equipos deben desconectarse de la red eléctrica antes de su limpieza, ajuste y mantenimiento.
- No trabajar en instalaciones eléctricas a menos que esté capacitado y autorizado.
- Las instalaciones eléctricas deben estar en buen estado y ser revisadas periódicamente.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario debido a la sensibilidad de los equipos médicos es muy importante tener una instalación eléctrica adecuada, en correcto estado y con un mantenimiento periódico para así reducir el riesgo eléctrico tanto entre los profesionales como en el caso de los pacientes. Por ejemplo, el uso frecuente de dispositivos electromédicos en quirófanos supone un riesgo de electrocución para los pacientes que puede causar daños irreversibles e incluso la muerte.
En el caso de localizar cualquier fallo en la instalación o dispositivos, hay que dar aviso al personal de mantenimiento para que envíen al personal capacitado y autorizado.

6 Bibliografía

1. Insst.es. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: https://www.insst.es/documents/94886/203536/Gu%C3%ADa+t%C3%A9cnica+para+la+evaluaci.
2. Insst.es. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_400.pdf/d3258cf4-bcbb-4a13-83e0-aa53d24d4c5b.
3. Vídeo - Riesgo eléctrico: las cinco reglas de oro - Año 2019 [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/videoriesgoelectricolas-cinco-reglas-de-oro-ano-2019.
4. Comunidad.madrid. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: https://www.comunidad.madrid/hospital/laprincesa/file/2949/download?token=3IO7D3z-.

5. Web.unican.es. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: https://web. unican.es/unidades/prevencion/Documents/Normativa%20UC%
20y%20Legislaci.

Capítulo 259

PERSONAL DE MECÁNICA EN EL MANTENIMIENTO DE CENTROS HOSPITALARIOS Y SU IMPORTANCIA EN ELLOS

JUAN JESÚS MURES PINTOR

MIGUEL ANGEL CAMPOS PARRAS

JORGE ESTEVE FERRER

AGUSTÍN DEL HOYO SALCEDO

ROGELIO DOMENECH SÁNCHEZ

1 Introducción

Es importante el tema a tratar pues la seguridad en todos sitios es importante pero en un hospital se le tiene que dar mas importancia si cabe , dado al volumen de gente que trascurre dia a dia , gracias al personal de mantenimiento como es los mecanicos , esa seguridad fluye mas adecuadamente. La seguridad del paciente es una prioridad en el sistema de salud, gracias a las estrategias de diversas organizaciones. El Ministerio de Sanidad vende la Estrategia 2015-2020 como una continuación del plan de 2005 sobre seguridad del paciente. La seguridad del paciente es ahora prioritaria en todos los sistemas de atención médica debido a los múltiples factores que pueden dañar a los pacientes. Se están investigando a nivel nacional e internacional para mejorar los servicios y atención en

línea, manteniendo un nivel de atención adecuado para los usuarios del sistema de salud.

En un hospital, el personal de mantenimiento mecánico ajusta, instala, revisa, ajusta y repara equipos y sistemas mecánicos.
El mantenimiento de las instalaciones industriales es visto como un mal necesario que apenas es reconocido por la alta dirección empresarial y, por supuesto, solo se tiene en cuenta como un centro de costes.
Un adecuado programa de mantenimiento permite la modernización, especialización y éxito financiero de los servicios actuales.

2 Objetivos

Indicar y explicar los tipos de mantenimientos de los que se encargan los servicios de mantenimiento en centros sanitarios y su gran importancia

3 Metodología

Sobre la base de la investigación actual, se realizó una búsqueda coherente, una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Artículo de la base de datos principal al que se hace referencia: Pubmed,
Medline y Sielo, y Google Scholar seleccionan artículos científicos de revistas revisadas por pares.

4 Resultados

Es importante hablar y destacar de la gran gestion que tienen el equipo de mantenimeinto en los centros hospitalarios y Como parte de la gestión de mantenimiento de los hospitales, un ingeniero de mantenimiento aumenta la productividad de las máquinas. Los trabajadores de mantenimiento están a cargo y aseguran el funcionamiento regular del centro médico mediante la realización de tareas planificadas e imprevistas como la lubricación, el reemplazo de piezas desgastadas y la reparación de problemas imprevistos. El mantenimiento de los equipos por parte de los mecánicos del hospital es fundamental porque ayuda a mantener la producción, la calidad y el normal funcionamiento de la máquina, a la vez que prolonga su vida útil. Las instalaciones hospitalarias deben mantenerse en buen estado para que funcionen correctamente y tanto los residentes como el personal las consideran destinos turísticos. Debemos mejorar constantemente

nuestras instalaciones y poner mucho empeño en el mantenimiento de nuestros centros médicos, más que en arreglar o ajustar máquinas y equipos. El equipo de mantenimiento está a cargo de las intervenciones diarias que exploran el núcleo del hospital. tipo de mantenimiento de la maquinaria.
1. Mantenimiento y reparación.
Tiene a su cargo informar a quien corresponda sobre todos los daños y desgastes que se encuentren en la infraestructura física del hospital, los cuales pueden ser consecuencia de una serie de factores que no fueron identificados oportunamente. Una vez que se ha localizado el problema, se puede abordar y solucionar rápidamente. 1. Mantenimiento preventivo.
Inspeccionar, ajustar, hacer reparaciones, calibrar, etc., están todos incluidos en esta programación. , que debe completarse periódicamente de acuerdo con planes predeterminados, no a pedido del operador. El objetivo es inspeccionar el equipo, identificar problemas antes de que se agraven y abordarlos de inmediato.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capitulo destacando que en general, se le da más importancia al personal de mantenimiento sanitario que a muchos puestos superiores, y como resultado, los centros de salud disfrutan de beneficios mucho más opulentos.
Desde la perspectiva de la gestión del hospital, es fundamental tener en cuenta la proporción del gasto total que corresponde a los costos de mantenimiento y, mucho más, a los costos de operación de edificios, instalaciones y equipos.
Aunque forma parte de este equipo, el servicio de mantenimiento está actualmente subvalorado en comparación con otros servicios porque no se considera un componente crucial de la atención médica.

6 Bibliografía

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

Capítulo 260

CAMBIOS FISIOPATOLÓGICOS EN LA EPICONDILALGIA LATERAL

MANUEL LAPIEDRA MARTINEZ

PEDRO ANTONIO HERAS GUALDA

FERNANDO ARIAS GOMEZ

DAVID FERNANDEZ SANCHEZ

JOSE MARTINEZ CARBALLOSA

1 Introducción

La epicondilitis o la epicondilalgia lateral (EL), también conocida como codo de tenista es la lesión más común del codo, resultante de una afección musculoesquelética a lo que subyace unos complejos factores etiológicos y fisiopatológicos. Se define como una tendinopatía insercional o entensopatía del extensor radial corto del carpo. Con menor frecuencia se afectan el tendón extensor radial largo del carpo en su inserción a la cresta supracondílea o la porción anterior del extensor común. La entesis del extensor radial corto del carpo está superficial, junto al epicóndilo lateral y pegada al septum intermuscular. La parte profunda se fusiona con el ligamento colateral lateral e indirectamente con el ligamento anular del carpo; estas conexiones se creen que están involucradas en la disipación natural de tensiones en un área amplia, pudiendo presentar cambios por sobreuso en situaciones de niveles altos de estrés en la unidad musculotendinosa del extensor radial corto del carpo.

La clínica de dicha patología es dolor en la cara lateral del codo junto con pérdida de fuerza a la prensión de la mano, oscilando el tiempo de curación entre 6 y 24 meses.
La epicondilitis tiene una prevalencia entre el 1-3 % en la población en general, aumentando hasta un 7 % en sectores en los que se realizan tareas manuales repetitivas.

2 Objetivos

Conocer e indicar los cambios fisiológicos y patológicos a nivel local que ocurren en la epicondilalgia lateral por parte del equipo de fisioterapia.

3 Metodología

Como preparación para el trabajo, el proceso de investigación se lleva a cabo mediante la revisión de la bibliografía de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y reseñas de artículos en la base de datos principal: Pubmed, Medline y Scielo, se seleccionaron artículos científicos, el contenido era relevante para el tema de investigación.

4 Resultados

La fisiopatología de la epicondilalgia lateral incluye cambios a nivel local del tendón y disfunción del sistema motor.
Referente a la patología local del tendón, en análisis histológicos y microscópicos se han identificado cuatro cambios principales, llamándose hiperplasia angiofibroblástica: aumento del número de células (fibroblastos) y matriz extracelular (ground substance), neovascularización o hiperplasia vascular, incremento de la concentración de neuroquímicos y colágeno desorganizado e inmaduro. Debido a la ausencia de células inflamatorias, se observa que no es un proceso inflamatorio por naturaleza, aunque la inflamación neurogénica puede estar presente, Es una presentación heterogénea, debido a los continuos cambios celulares y estructurales que se producen en la tendinopatía. La neovascularización que se forma dentro del tendón puede ser fuente del dolor, debido a la estrecha relación entre estructuras neurales, microvascularización y neuroquímicos en la inserción proximal del extensor radial corto del carpo.

La mecanotransducción es el proceso mediante el cual el tendón responde ante fuerzas mecánicas alterando su composición, estructura y propiedades mecánicas. Durante la actividad física se produce síntesis y degeneración de colágeno, aunque hay un mayor aumento de colágeno tipo I. La privación de estrés al tendón aumenta el número de fibroblastos, disminuye la alineación longitudinal del colágeno, disminuyendo su rigidez y fuerza tensil.

La tendinopatía insercional puede ser no solo debida a daños tensiles, ya que las fuerzas de compresión y cizalla también están involucradas. Por lo tanto la patología local del tendón puede ser resultado del uso excesivo, uso insuficiente o fuerzas de tracción, compresión o cizalla dejando al tendón en un estado débil.

Respecto a cambios demostrados en el sistema motor, se ha observado una disminución de la fuerza, cambios morfológicos y una alteración del control motor. Algunos de estos cambios son bilaterales y otros son locales o en sitios remotos.

Hay una disminución en la fuerza de agarre 43-64% respecto al brazo no afectado. Se ha observado una disminución en la fuerza de músculos extensores y flexores de la muñeca y mano en pacientes con EL comparados con sujetos sanos, excepto en los extensores de la articulación metacarpo-falángica, sugiriendo que personas con epicondilalgia lateral pueden mantener o aumentar la fuerza de los músculos extensores de los dedos para compensar la debilidad de extensores de muñeca.

También se ha observado una disminución de la fuerza en musculatura rotatoria del hombro (indicando cambios a distancia) y debilidad en todo el miembro superior tras 6 meses de historia asintomática excepto en músculos de la articulación metacarpo-falángica (indicando una recuperación funcional incompleta a pesar de la atenuación del dolor).

Los cambios morfológicos identificados en el extensor radial corto del carpo en pacientes con el de larga evolución han sido fibras apolilladas, fibras necrosadas y signos de degeneración, así como un alto porcentaje del tipo de fibras de contracción rápida oxidativa, pudiendo contribuir a la alteración del control motor.

Dentro de los déficits de control motor, se han observado una actividad reducida en músculos radiales del carpo (extensión isométrica y agarre, implicando un déficit en el rendimiento. Las alteraciones bilaterales halladas han sido: déficit en la posición de la muñeca durante el agarre (11º menos de extensión), ya que la posición óptima para la máxima fuerza de agarre es con leve extensión de muñeca y una disminución en tiempo de reacción y velocidad de movimiento, posiblemente debidas a la alteración del procesamiento central en el sistema del dolor. También la propiocepción influye en el control motor.

5 Discusión-Conclusión

La epicondilalgia lateral es una patología músculo-esquelética con una alta prevalencia en la población general.
La epicondilalgia lateral presenta un proceso fisiopatológico complejo en el que se alteran numerosas estructuras, no solo ocurren alteraciones a nivel local del tendón, sino que también se altera el control motor de los músculos del antebrazo.
Se ha observado la ausencia de células inflamatorias en dicha patología, estos resultados contradicen al término ampliamente utilizado que describe un proceso inflamatorio, epicondilitis. Siendo más correcto sustituir este término por epicondilosis (ya que subyace un proceso degenerativo) o epicondilalgia.
Se concluye que es de especial interés dar a conocer los cambios que ocurren a nivel celular en el codo tenista, para que en el abordaje de la epicondilalgia lateral se tenga en cuenta todo el proceso fisiopatológico que ocurre en dicha patología.

6 Bibliografía

1. Coombes BK, Bisset L, Vicenzino B. A new integrative model of lateral epicondylalgia. Br J Sports Med. 2009 Apr;43(4):252–8.
2. Coombes BK, Bisset L, Brooks P, Khan A, Vicenzino B. Effect of corticosteroid injection, physiotherapy, or both on clinical outcomes in patients with unilateral lateral epicondylalgia: a randomized controlled trial. JAMA. 2013 Feb 6;309(5):461-9.
3. Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliövaara M. Prevalence and determinants of lateral and medial epicondylitis: a population study. Am. J. Epidemiol. 2006 Dec 1;164(11):1065–74.
4. Waugh EJ. Lateral epicondylalgia or epicondylitis: what's in a name? J Orthop Sports Phys Ther. 2005 Apr;35(4):200–2.
5. Benjamin M, Toumi H, Ralphs JR, Bydder G, Best TM, Milz S. Where tendons and ligaments meet bone: attachment sites ('entheses') in relation to exercise and/or mechanical load. J. Anat. 2006 Apr;208(4):471–90.

Capítulo 261

FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO: QUÉ ES EL CAMPO ESTÉRIL

ANA MARÍA RUIZ LOSA

ANA ISABEL ALARCÓN DE LA OSSA

RUBÉN DAVID SÁNCHEZ LÓPEZ

DAVID MEDINA CARRIÓN

SILVIA COELLO SALCEDO

1 Introducción

El campo estéril de quirófano se refiere a un área del quirófano que se mantiene libre de microorganismos para prevenir infecciones durante una cirugía. Este campo se crea mediante el uso de técnicas de asepsia y la implementación de barreras físicas, como campos estériles, batas y guantes estériles. El objetivo principal del campo estéril es proteger al paciente y mantener un entorno libre de contaminantes para reducir el riesgo de infecciones quirúrgicas. Dentro del campo estéril, solo el personal estéril puede ingresar y manipular instrumentos y equipos estériles, mientras que el personal no estéril se mantiene fuera de este espacio para prevenir la contaminación. El campo estéril es esencial para garantizar la seguridad y el éxito de las intervenciones quirúrgicas.

Aunque el celador pertenece al equipo no estéril, desempeña un papel crucial en el quirófano al mantener la seguridad y ofrecer asistencia al equipo estéril en aquello que necesiten. Ayuda en el transporte y la colocación del paciente, y colabora en el cumplimiento de las medidas de asepsia. La competencia en sus actuaciones, ayuda a garantizar un entorno óptimo para el personal sanitario, contribuye a la prevención de infecciones, así como a la atención segura y efectiva durante las intervenciones quirúrgicas.
En el presente ensayo describiremos estas funciones, poniendo especial énfasis al papel del celador, específicamente en el mantenimiento del campo estéril y la asistencia al resto de personal de quirófano.

2 Objetivos

Detallar las funciones y particularidades del trabajo del celador en el entorno quirúrgico, más concretamente las que competen en el ámbito del campo estéril.

3 Metodología

La metodología utilizada para realizar este ensayo consistirá en una investigación exhaustiva sobre las funciones del celador en el ámbito de la salud, específicamente en el contexto de un quirófano. Se utilizarán fuentes confiables y actualizadas como libros de medicina, artículos científicos, documentos gubernamentales y sitios web de instituciones médicas para obtener información precisa.

4 Resultados

A continuación, se detallan algunas de las funciones del celador en relación con el campo estéril en quirófano:
• Preparación del quirófano: El celador colabora con el resto de personal de quirófano en la preparación antes de la cirugía. Esto implica asegurarse de que el quirófano cuente con todos los suministros y equipos necesarios en su lugar. Es importante que el celador tenga conocimiento de las técnicas adecuadas de asepsia y de cómo manipular correctamente el material estéril.
• Asistencia durante la cirugía: Durante la cirugía, el celador se mantiene en el área circundante del campo estéril. Su función principal es asegurarse de que el campo se mantenga libre de contaminación. Esto implica controlar el acceso al

quirófano, asegurarse de que el personal esté siguiendo las pautas de asepsia, y ayudar a mantener el orden y la organización en el área quirúrgica.

• Transporte de muestras y equipos: El celador también puede ser responsable del transporte de muestras y equipos dentro y fuera del quirófano de manera segura y estéril. Esto implica seguir los protocolos establecidos para prevenir la contaminación de las muestras y garantizar su entrega adecuada al laboratorio u otras áreas designadas.

Cuando el celador se encarga del transporte y colocación del paciente en el entorno quirúrgico, es crucial tener en cuenta los siguientes aspectos:

• Comunicación con el personal médico: El celador debe mantener una comunicación clara y constante con el personal médico y de enfermería para conocer cualquier instrucción específica relacionada con el paciente. Esto puede incluir información sobre la posición en la que debe colocarse al paciente en la mesa de operaciones, precauciones especiales o cualquier necesidad especial que deba tenerse en cuenta durante el transporte.

• Mantener la seguridad del paciente: Durante el transporte del paciente, el celador debe tener en cuenta la seguridad del paciente en todo momento. Esto implica utilizar técnicas de manejo y elevación adecuadas para evitar lesiones, mantener la estabilidad del paciente y asegurarse de que cualquier equipo médico que esté conectado al paciente esté seguro y no interfiera con el transporte.

• Cumplir con las medidas de asepsia: Es fundamental que el celador siga las medidas de asepsia durante el transporte y la colocación del paciente en el quirófano. Esto implica usar equipo de protección personal, como guantes y bata estériles, para evitar la contaminación del campo quirúrgico y garantizar que el paciente no esté expuesto a microorganismos que puedan causar infecciones.

• Colocación cuidadosa del paciente: El celador debe asegurarse de colocar al paciente de acuerdo con las indicaciones del personal médico y de enfermería. Esto puede incluir posicionar al paciente en la mesa de operaciones de manera segura y correcta, utilizando cojines y almohadas según sea necesario para mantener una alineación adecuada del cuerpo y evitar la presión excesiva en áreas vulnerables.

• Respetar la privacidad y la dignidad del paciente: Durante el transporte y la colocación del paciente, el celador debe respetar la privacidad y la dignidad del paciente en todo momento. Esto implica cubrir al paciente adecuadamente y mantener la confidencialidad de su información personal.

5 Discusión-Conclusión

El celador desempeña un papel esencial en el mantenimiento del campo estéril en el quirófano. Debe comunicarse efectivamente con el personal médico, asegurarse de la seguridad del paciente durante el transporte y la colocación, mantener las medidas de asepsia, colocar al paciente cuidadosamente y respetar su privacidad y dignidad. Estas consideraciones son fundamentales para garantizar una atención segura y de calidad. El celador se encarga de preparar el quirófano, colocar el material estéril y asistir durante la cirugía. También desempeña un papel en el transporte de muestras y equipos, y en la limpieza y desinfección posterior a la cirugía. En conjunto, el celador contribuye a prevenir infecciones y promover la seguridad del paciente en el entorno quirúrgico.

6 Bibliografía

Las funciones del Celador en quirófano. Extraído de: https://essaeformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quirofano
El celador en quirófano, más allá de sus funciones básicas. Extraído de: https://revistamedica.com/celador-quirofano-funciones-basicas/
Normas de actuación del Celador en el Quirófano. Extraído de : celadoresonline.blogspot. com/p/tema-14.html
Manual celador del SESPA, ed MAD 2018

Capítulo 262

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA: LA MESA QUIRÚRGICA

ANA MARÍA RUIZ LOSA

ANA ISABEL ALARCÓN DE LA OSSA

RUBÉN DAVID SÁNCHEZ LÓPEZ

DAVID MEDINA CARRIÓN

SILVIA COELLO SALCEDO

1 Introducción

La mesa quirúrgica es un elemento fundamental en cualquier procedimiento quirúrgico. También conocida como mesa de operaciones, es un equipo diseñado específicamente para proporcionar un soporte estable y seguro al paciente durante la cirugía. Su importancia radica en su capacidad para permitir un acceso óptimo al área quirúrgica y mantener al paciente en una posición adecuada para el procedimiento.

Es importante que el celador tenga conocimiento sobre lo que es una mesa quirúrgica y cómo funciona. Aunque su conocimiento y dominio específico sobre el funcionamiento técnico de la mesa quirúrgica puede variar según el contexto y el lugar de trabajo, es fundamental que comprenda la importancia de este equipo en el entorno quirúrgico.

El celador debe conocer cómo se prepara la mesa quirúrgica, cómo se ajusta y se mueve según las indicaciones del personal médico, y cómo se posiciona al paciente de manera segura y cómoda. También debe estar familiarizado con las características generales de la mesa quirúrgica, así como las diferentes clases de mesas quirúrgicas que pueden ser utilizadas en diferentes tipos de cirugías.
En el presente trabajo, se detallarán las funciones del celador en el ámbito de la mesa quirúrgica, así como las precauciones específicas que debe tener en cuenta para realizarlas correctamente.

2 Objetivos

Describir en detalle las tareas y características específicas del rol del celador dentro del entorno quirúrgico, centrándose principalmente en las responsabilidades relacionadas con la mesa quirúrgica.

3 Metodología

Para llevar a cabo este ensayo, se empleará una metodología consistente en una revisión bibliográfica sobre las responsabilidades del celador en el quirófano, con respecto a la mesa quirúrgica. Se recurrirá a fuentes confiables y actualizadas, tales como libros de medicina, publicaciones científicas, documentos gubernamentales y portales webs de instituciones médicas, a fin de obtener información precisa y verificada.

4 Resultados

El celador desempeña varias funciones importantes en el área quirúrgica, incluyendo la asistencia con la mesa quirúrgica.
La mesa quirúrgica está diseñada para ser versátil y ajustable, lo que permite adaptarla a diferentes tipos de cirugías y necesidades específicas del paciente. Existen diferentes clases de mesas, que se utilizan en función del tipo de intervención quirúrgica y las características del paciente. Entre ellas se incluyen mesas generales, mesas ortopédicas, mesas de cirugía cardiovascular y mesas de cirugía neurológica, entre otras. Cada clase de mesa quirúrgica está diseñada con características y funcionalidades específicas para garantizar la seguridad y comodidad del paciente durante el procedimiento.

A continuación, se detallan algunas de las funciones del celador en relación con la mesa quirúrgica:
• Preparación de la mesa quirúrgica: El celador ayuda en la preparación de la mesa quirúrgica antes de la cirugía. Esto implica asegurarse de que la mesa esté limpia y desinfectada, y que esté equipada con el equipo y los suministros necesarios para el procedimiento.
• Posicionamiento del paciente: El celador colabora en el posicionamiento del paciente en la mesa quirúrgica de manera segura y cómoda. Esto puede incluir ayudar al paciente a subir o bajar de la mesa, colocar almohadas o cojines para mantener una posición adecuada y garantizar la estabilidad durante la cirugía.
• Movilidad y ajuste de la mesa: Durante la cirugía, el celador puede ser responsable de ajustar y mover la mesa quirúrgica según las indicaciones del personal médico. Esto puede implicar elevar o inclinar la mesa, ajustar las secciones para permitir un acceso óptimo al área quirúrgica y mantener la comodidad del paciente.
• Apoyo logístico: Además de su papel en la mesa quirúrgica en sí, el celador puede brindar apoyo logístico relacionado con la mesa. Esto puede incluir la colocación y organización de los instrumentos y equipos necesarios en la mesa, asegurarse de que haya suficiente espacio para el personal médico y de enfermería alrededor de la mesa, y garantizar que los cables y las líneas de suministro estén bien ubicados y no representen un riesgo.
Cuando se trabaja con una mesa quirúrgica, existen algunas precauciones específicas que deben tenerse en cuenta para garantizar la seguridad del paciente y del personal médico. Algunas de estas precauciones son:

• Verificar el funcionamiento adecuado: Antes de utilizar la mesa quirúrgica, es esencial asegurarse de que esté en buen estado de funcionamiento. Verificar que todos los controles y mecanismos de ajuste estén operativos y que no haya problemas o daños visibles.
• Seguir las instrucciones de ajuste: Al ajustar la mesa quirúrgica según las necesidades del procedimiento, es importante seguir las instrucciones del fabricante y las indicaciones del personal médico. Asegurarse de que la altura, la inclinación y cualquier otro ajuste se realicen de manera segura y precisa.
• Mantener el campo estéril: Durante la preparación y el posicionamiento del paciente en la mesa quirúrgica, es esencial mantener el campo estéril. Esto implica utilizar campos estériles y seguir los protocolos de asepsia para prevenir la contaminación del área quirúrgica.
• Evitar lesiones al paciente: Al posicionar y mover al paciente en la mesa quirúrgica, se deben tomar precauciones para evitar lesiones. Manipular al paciente con

cuidado, asegurarse de que estén cómodos y utilizar dispositivos de apoyo, como correas o cojines, cuando sea necesario.
• Comunicación y coordinación: Mantener una comunicación clara y efectiva con el personal médico durante el uso de la mesa quirúrgica es esencial. Asegurarse de comprender y seguir las instrucciones del personal médico en cuanto al posicionamiento y ajuste de la mesa, y estar atento a cualquier cambio o necesidad durante el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, aunque el celador no tenga la responsabilidad directa de operar la mesa quirúrgica, su conocimiento sobre este equipo es fundamental para brindar un apoyo efectivo al personal médico y asegurar la comodidad y seguridad del paciente durante la cirugía. Si bien existen precauciones generales que se deben tener en cuenta al trabajar con una mesa quirúrgica, es importante reconocer que las precauciones específicas pueden variar según el tipo de mesa y las políticas del lugar de trabajo. Por lo tanto, es crucial seguir las pautas y recomendaciones establecidas por el personal médico y las normativas de seguridad del entorno quirúrgico en el que se desempeñe. Al hacerlo, el celador contribuye a garantizar un entorno quirúrgico seguro y efectivo, brindando apoyo esencial tanto al equipo médico como al bienestar del paciente.

6 Bibliografía

Fernández Tamayo, R. (2015). Evaluación de Riesgos Laborales en el personal de quirófano.
Fernández, L. B., Restrepo, N. R., & González, M. M. V. (2007). Normas y procesos técnicos en el quirófano. Manual para personal de enfermería. Universidad de Antioquia.
Las funciones del Celador en quirófano. Extraído de: https://essaeformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quirofano
El celador en quirófano, más allá de sus funciones básicas. Extraído de: https://revistamedica.com/celador-quirofano-funciones-basicas/

Capítulo 263

FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO: LA COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN POSICIÓN SUPINA

ANA MARÍA RUIZ LOSA

ANA ISABEL ALARCÓN DE LA OSSA

RUBÉN DAVID SÁNCHEZ LÓPEZ

DAVID MEDINA CARRIÓN

SILVIA COELLO SALCEDO

1 Introducción

El celador en quirófano tiene diversas funciones que pueden considerarse imprescindibles para garantizar el correcto funcionamiento y la seguridad del área quirúrgica.

Asiste en el traslado de los pacientes desde sus habitaciones hasta el quirófano y viceversa. Se encarga de garantizar que el paciente esté cómodo y seguro durante el proceso, utilizando camillas o sillas de ruedas según sea necesario. También puede ayudar al equipo médico a posicionar al paciente en la mesa de operaciones.

En general, se espera que los celadores tengan un conocimiento básico de las diferentes posturas utilizadas en quirófano. Aunque no es su responsabilidad principal, es útil que estén familiarizados con las posiciones más comunes para

poder brindar asistencia adecuada al personal médico y de enfermería durante el proceso de colocación del paciente en la mesa de operaciones.
El conocimiento básico de estas posiciones permitirá al celador comprender las indicaciones y solicitudes del personal sanitario, así como colaborar de manera más efectiva en el posicionamiento del paciente en la mesa quirúrgica. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la responsabilidad principal de posicionar al paciente recae en el personal médico y de enfermería, quienes están capacitados para realizar estas tareas de manera segura y precisa.

2 Objetivos

Describir y analizar las características de la posición supina (acostado boca arriba) dentro del ámbito quirúrgico, así como las precauciones a tener en cuenta a la hora de posicionar al paciente.

3 Metodología

La metodología utilizada en el presente trabajo está basada en la revisión exhaustiva de la bibliografía actualizada en posiciones quirúrgicas. Se tendrán en cuenta a los diferentes agentes implicados en el área quirúrgica, tanto sanitarios como de gestión y servicios.

4 Resultados

Algunas de las posiciones quirúrgicas comunes incluyen la posición supina (acostado boca arriba), la posición prona (acostado boca abajo), la posición lateral (de costado) y las diferentes variantes de estas posiciones según el procedimiento quirúrgico específico.
La posición supina es una posición anatómica en la cual el paciente se encuentra acostado boca arriba, con el abdomen hacia arriba y la cara mirando hacia el techo. Es una de las posiciones más comunes utilizadas en cirugía y otros procedimientos médicos. Los brazos generalmente se colocan a los lados del cuerpo, o extendidos hacia los lados en ángulos ligeramente elevados. Las piernas suelen estar extendidas o flexionadas ligeramente en las rodillas. La cabeza puede estar alineada con el cuerpo o se puede utilizar una almohada o cojín debajo de la cabeza para mayor comodidad.

Esta posición permite un fácil acceso a la región frontal, torácica y abdominal del paciente, lo que facilita la realización de cirugías en estas áreas. Además, la posición supina también es adecuada para procedimientos que requieren intubación endotraqueal o ventilación mecánica, ya que permite un acceso más sencillo a las vías respiratorias.

Es importante destacar que la posición supina puede variar ligeramente dependiendo del procedimiento quirúrgico específico y las necesidades del paciente. En algunos casos, pueden utilizarse dispositivos de soporte o almohadillas para mantener al paciente en la posición adecuada y garantizar la comodidad y seguridad durante el procedimiento.

Al colocar a un paciente en posición supina, es importante tomar ciertas precauciones para garantizar su seguridad y prevenir posibles complicaciones. Algunas de las precauciones a considerar son las siguientes:

• Evaluación del paciente: Antes de colocar al paciente en posición supina, es fundamental realizar una evaluación completa para identificar cualquier condición médica preexistente, lesiones o limitaciones físicas que puedan afectar la posición o causar complicaciones. Esto incluye tener en cuenta la historia médica del paciente, el estado cardiovascular, respiratorio y músculo-esquelético, así como cualquier restricción de movimiento o dolor existente.

• Protección de las prominencias óseas: Las prominencias óseas, como los talones, los codos, la espalda y la cabeza, pueden estar expuestas a una mayor presión y riesgo de úlceras por presión o lesiones cutáneas. Se deben utilizar almohadillas o cojines acolchados para proteger estas áreas y distribuir de manera uniforme la presión durante el tiempo que el paciente permanezca en posición supina.

• Alineación adecuada de la columna vertebral: Es importante asegurarse de que la columna vertebral del paciente esté alineada de manera adecuada y neutral. Esto puede lograrse utilizando cojines o almohadas debajo de la cabeza y el cuello para mantener una alineación adecuada y evitar la flexión excesiva o la extensión del cuello.

• Apoyo adecuado para los miembros superiores e inferiores: Los miembros superiores e inferiores deben estar posicionados de manera cómoda y adecuada para evitar la tensión o la compresión de los nervios y los vasos sanguíneos. Se pueden utilizar almohadas, soportes o cojines para mantener una alineación natural de los brazos y las piernas, evitando la rotación excesiva o la flexión prolongada de las articulaciones.

• Monitorización continua del paciente: Durante el procedimiento en posición supina, se debe realizar una monitorización continua del paciente, incluyendo la observación de los signos vitales, la oxigenación y la función respiratoria. Esto

es especialmente importante para detectar cualquier signo de deterioro o complicaciones relacionadas con la posición, como dificultad respiratoria, cambios en la presión arterial o problemas de circulación.

5 Discusión-Conclusión

La posición supina es de vital importancia en el ámbito quirúrgico y otros procedimientos médicos, por lo que es indispensable que el celador conozca sus particularidades. Permite un fácil acceso a la región frontal, torácica y abdominal, facilitando la realización de intervenciones quirúrgicas y la administración de cuidados médicos. Además, es adecuada para procedimientos que requieren intubación endotraqueal o ventilación mecánica.

Sin embargo, al colocar al paciente en esta posición, es crucial tomar precauciones para garantizar su seguridad y prevenir complicaciones, como la protección de las prominencias óseas, la alineación adecuada de la columna vertebral y el apoyo correcto de los miembros. El celador, auxiliado y dirigido por el personal sanitario, debe aplicar técnicas adecuadas de posicionamiento. La posición supina, cuando se realiza de manera adecuada y segura, contribuye al éxito de los procedimientos y al bienestar del paciente.

Por último, el personal médico y de enfermería debe evaluar cuidadosamente al paciente, realizar una monitorización continua y tomar las precauciones necesarias para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente durante la cirugía o el procedimiento en posición supina.

6 Bibliografía

Arias Vera H. (2002) Importancia de la posición quirúrgica y sus complicaciones. Hospital Clínico Regional Concepción

Blanco, R. T. Enfermeria medicoquirurgica. Medidas a tener en cuenta a la hora de entrar en un quirofano. 2.

Roy, M. C., Stevens, M., FIDSA, F., & de León-Rosales, S. P. (2018). Guía para el control de infecciones asociadas a la atención en salud. International Society for infectious diseases.

Fernández Tamayo, R. (2015). Evaluación de Riesgos Laborales en el personal de quirófano.

Fernández, L. B., Restrepo, N. R., & González, M. M. V. (2007). Normas y procesos técnicos en el quirófano. Manual para personal de enfermería. Universidad de Antioquia.

Las funciones del Celador en quirófano. Extraído de: https://essaeformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quirofano

Capítulo 264

EL CELADOR Y LAS PARTICULARIDADES DE LA UNIDAD O SERVICIO HOSPITALARIO DE PSIQUIATRÍA

ALONSO REBATO OSSONA

ANTONIO SAIZ VELASCO

GARY YOBANY SERRANO TELLEZ

ANDREA GONZALEZ GARCIA

NIEVES HENARES ROSA

1 Introducción

Las Áreas de Salud Mental son las que se relacionan con las áreas de atención y asistencia en salud mental en régimen de hospitalización, y este capítulo las especifica y define. La posibilidad y expectativa de un diagnóstico, así como de un tratamiento desde atención primaria, debe haber sido previamente superada para poder avanzar con un ingreso a nivel hospitalario de internamiento. El establecimiento de determinadas conductas nocivas que ponen en peligro tanto la integridad física de la víctima como la de su entorno, así como el aislamiento, son las causas más frecuentes para la decisión de ingreso en un hospital.

Pudimos clasificar las patologías mentales psiquiátricas en patologías o enfermedades agudas y crónicas, cambios o trastornos de la mente y la memoria, cambios o trastornos de la percepción y cambios o trastornos relacionados con la conciencia.
Además de las psiconeurosis relacionadas con las emociones, el delirio, el estrés, las psicosis delirantes agudas y los sueños confusos o psicosis oníricas, las patologías consideradas maníacas agudas o crisis maníacas incluyen a estas.
También es posible catalogarlos como patologías de cómo percibimos la realidad, incluyendo ilusiones, alucinaciones y pseudoalucinaciones. Amnesia y paramnesia que están relacionadas y se refieren a cambios o trastornos de la memoria, cambios o trastornos de la conciencia, coma, delirio, somnolencia y somnolencia.

2 Objetivos

- Describir las responsabilidades del celador en el servicio o unidad hospitalaria de psiquiatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo sobre el trabajo de los celadores en las unidades de salud mental y psiquiatría, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática consultando diversas bases de datos como Medline, Scielo y
En base, así como páginas web y libros referentes con el tema.

4 Resultados

Son atribuciones del Jefe de Servicio o Unidad de Psiquiatría las siguientes.
- Controlar las entradas y salidas, vigilar la puerta de acceso a las citadas Unidades y estar atentos a cualquier entrada o salida sin la debida autorización o introduciendo bebidas, objetos o alimentos peligrosos.
- Cuidará y será consciente del entorno de los enfermos, bajando las persianas más tarde por la tarde y subiéndolas por la mañana.
- Vigilará el tiempo de permanencia de los visitantes y familiares en las habitaciones o unidades de los pacientes, así como en los espacios públicos, para prevenir cualquier conducta que pueda poner en riesgo la atención del paciente o el orden del servicio.

- Asistir al profesional de enfermería en la limpieza de los pacientes que lo necesiten, procurando siempre promover su autonomía porque hará que se sientan mejor y más útiles a la hora de colaborar, y cuidando de tener las uñas cortas; este es un punto importante para que así se eviten perjuicios a sí mismos como a terceros.
Para que los pacientes que no quieran higienizarse lo hagan, estará pendiente de ellos y hará todo lo posible para que lo hagan.
- Colaborar con los demás miembros del servicio, sean o no profesionales de la salud, para que los pacientes no hagan mal uso de la ropa u otros bienes del servicio.
- Colaborar con el técnico sanitario para mantener la calma y el orden en el comedor, prestando especial atención a la vajilla y los cubiertos, aunque sean de plástico. La cantidad de alimentos consumidos será monitoreada y controlada de cerca en casos de depresión severa, anorexia y/o bulimia, y se cumplirá con un horario rígido de comidas. Los pacientes deben ser vigilados cuidadosamente en las horas posteriores a las comidas para evitar el uso de cualquier técnica para inducir el vómito o vaciar el estómago.
- Compre artículos farmacéuticos o medicamentos en la farmacia, reponiendo la farmacia que se cree que es la más ocupada.
- Transportar el mobiliario o equipo necesario al lugar donde se necesite en ese momento.
- Atender las comunicaciones verbales, así como cualquier papeleo o correspondencia que les entreguen sus superiores.
- Si es necesario, trasladar a los pacientes a otras unidades oa las consultas del centro, siempre que no haya un personal específico asignado para estas tareas.
- Velar por el adecuado equilibrio y organización de los enfermos.
- Asistir al profesional médico en la administración de tratamientos, particularmente inyectables, si el paciente no está dispuesto a cooperar y participar.
- Auxiliar a otros profesionales en la materia en la contención de pacientes que se encuentren agitados, molestos oa los que se deba aplicar contención mecánica con la correspondiente orden médica.
- Regular la distribución y consumo de tabaco entre pacientes hospitalizados que hayan consentido su uso con fines médicos.
- Dado que no es nuestra responsabilidad y nunca serán permitidos bajo ninguna circunstancia, está prohibido comentar el pronóstico. de la enfermedad o patología a los familiares y visitantes de los pacientes para evitar confusiones.
- Nunca realizarán tareas fuera de su categoría porque corren el riesgo de ser acusados de intrusión profesional o incluso de usurpación de funciones.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que por ello, el equipo de celadores en los hospitales y los profesionales que desarrollen sus funciones en esta unidad deben tener un gran conocimiento sobre cómo llevar a cabo sus funciones con este tipo de pacientes, los protocolos y actuaciones, ya que la mayoría de los pacientes de estas áreas son aquellos con patología mental y no son conscientes, especialmente en tiempos de crisis, de sus patologías. Las áreas de salud mental son unidades o servicios con requerimientos y protocolos especiales y muy particulares derivados de las patologías mentales e insidiosas del paciente, que también es especial.

6 Bibliografía

1. Celadores. Instituciones Sanitarias. Editorial CEP.
2. www.discapacidad-cantabria.info.
3. www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.
4. www.scielo.org.
5. www.medlineplus.gov.

Capítulo 265

FUNCIONES PROPIAS DEL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE QUIRÓFANO

ALONSO REBATO OSSONA

ANTONIO SAIZ VELASCO

GARY YOBANY SERRANO TELLEZ

ANDREA GONZALEZ GARCIA

NIEVES HENARES ROSA

1 Introducción

En la organización y estructura de los centros o instituciones hospitalarias, se da la existencia de tantos puestos de celadores como servicios, zonas o áreas hay en el sistema de salud. Dependiendo de las distintas tipologías de asistencia o cuidado el celador se encargará de algunas funciones muy concretas, o dependiendo del lugar o establecimiento en el que desarrolle su actividad deberá desempeñar alguna tarea en particular o más específica. Existe el celador de puertas, de atención primaria, de las unidades de urgencias, de radiología y en este suceso vamos a hablar del profesional celador en el quirófano.

En el suceso de los centros o instituciones hospitalarias existen y funcionan muchos y diversos servicios diferentes, como son; el quirófano, las unidades urgencias, las plantas de hospitalización, salas de partos y habitaciones de dilatación, servicios, zonas de diagnóstico y cribado, radiología, Servicio de endoscopias, laboratorios, servicios, zonas de esterilización, plantas de cuidados paliativos,

unidad de cuidados intensivos, mortuorios, etc. Dentro del hospital, habrá la figura de un celador al menos para cada una de estas Unidades, con las funciones propias de su categoría y aunque posee funciones comunes para todas las Unidades también debe saber que posee otras más específicas en función de los servicios, zonas en la que esté y en el quirófano hay algunas que debe conocer si va a trabajar en ese servicio.

2 Objetivos

Dotar al celador del conocimiento preciso de las funciones propias de su categoría profesional dentro del servicios, zonas o área quirúrgica y de las distintas Unidades de las que dispone el servicios, zonas o área.

3 Metodología

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

4 Resultados

El quirófano es la sala donde se efectúan operaciones quirúrgicas y en los hospitales suele haber varios y distintos quirófanos, cada uno de ellos diseñado para una tipología específica de cirugía y que recibe el nombre de unidad, área o bloque quirúrgico, área quirúrgica. Este servicio, zonas o área quirúrgica deben estar lo más cerca posible de la unidad de cuidados intensivos. Dentro de los servicios quirúrgicos hallaremos quirófanos, vestuarios, servicios, zonas de lavado de manos estéril y estancias, así como zonas de esterilización.
Es un servicio o área de especial riesgo para la transmisión de una infección hospitalaria, esta infección se la conoce con el nombre de infección nosocomial, por lo que hay que extremar las medidas de higiene.
En cuanto a la asepsia el servicio, zonas o área quirúrgica estará divida en tres servicios zona negra, gris y blanca.
Los servicios de zonas blancas son las áreas estériles y restringida en la que solo

accederá el personal que esté autorizado y se divide en el quirófano, antequirófano, servicios, zonas de lavado de manos y almacén de material estéril.
El celador de quirófano deberá ir perfectamente uniformado y limpio. El uniforme deberá constar de bata, gorro y calzas de color verde o azul dependiendo del centro hospitalario y de los protocolos en uniformes que tengan establecidos y completado con mascarilla quirúrgica y guantes no estériles.
También llevará las uñas cortas y limpias, no llevará joyas y accesorios que puedan engancharse o caerse y procurará no llevar cosas punzantes en los bolsillos.
Si se trata de la llegada de un enfermo grave por accidente que precise de inmediato una intervención quirúrgica y su estado de limpieza no sea conveniente, el celador ayudará al lavado y preparación de este, procurando, moverlo lo menos posible. En el suceso de una operación o intervención programada el celador conducirá al enfermo en la cama en la que está hospitalizado llevándolo hacia los servicios, zonas del quirófano, no olvidándose de llevar consigo la historia clínica de este. Una vez allí, ayudarán al personal sanitario a poder colocar al enfermo en la mesa de operaciones y en la posición más adecuada en referencia a la intervención.
Deberán acarrear los aparatos o el mobiliario precisos para la intervención, así como la documentación, las analíticas que sean necesarias, pruebas, allí donde se precise. Acompañarán a los servicios, zonas de reanimación al paciente que se va a intervenir, junto con el anestesista y la enfermera circulante. Respetarán en todo momento todas las normas y pondrán especial énfasis en la higiene y la asepsia. Depositarán en las áreas o zonas destinadas a mortuorios a los difuntos que hayan fallecido durante la intervención y también los miembros del cuerpo que le sean amputados.
Los miembros amputados que tengan identidad deben llevarse a los servicios, zonas mortuorias para que allí sean tratados en las condiciones que dicta la ley. En alguna ocasión podrán rasurar al enfermo si se les demanda o si es muy urgente y el personal de peluquería no se encuentra presente. El celador deberá estar pendiente siempre y en todo momento de cualquier necesidad que pueda surgir o se le demande y que requiera de su presencia en la intervención.
Mientras dure la intervención el celador se instalará en el antequirófano (servicios, zonas anexas al quirófano), allí se dispensarán los cuidados que requiera el enfermo antes de la intervención y es donde se dejará la cama en la que llegó este.
Desde estos servicios, zonas el celador estará preparado para intervenir en todo aquello que sea de su competencia y estará próximo para hacerlo en el menor

tiempo posible. Una vez terminada la intervención el enfermo será trasladado por el celador a los servicios, zonas de reanimación también conocida como servicios, zonas de despertar o si se requiere al área de unidad cuidados intensivos.
Al estar en contacto con el intervenido y sobre todo en el momento de entrar en el quirófano, que es un momento en que el paciente enfermo siente cierto nerviosismo y angustia el celador deberá mostrar siempre una actitud positiva, una actitud de que está en buenas manos. Asimismo, deberá recibir con agrado y seriedad las órdenes e instrucciones que le encomienden y se demanden para el bienestar del intervenido. El celador es un gran apoyo dentro del quirófano, es una pieza fundamental dentro del sistema de salud.

5 Discusión-Conclusión

De la exposición de la importancia del trabajo que efectúa el celador en el servicio, zona o área quirúrgica, destacaremos y llegamos a la conclusión sobre todo del beneficio al paciente enfermo y el no incurrir en las trasmisiones de enfermedades, ya que estudios recientes demuestran que las principales causas y orígenes de infección operatoria son el enfermo y el personal Por este motivo es fundamental que el celador (al igual que el resto de profesionales que estén presentes o que tengan contacto con el paciente que se va a intervenir) debe ser conocedor de las estrictas normas y protocolos en cuanto a la higiene y limpieza.

6 Bibliografía

http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
http://celadoresonline.blogspot.com/p/temahttps://www.seap.es

Capítulo 266

FUNCIONES Y PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ALONSO REBATO OSSONA

ANTONIO SAIZ VELASCO

GARY YOBANY SERRANO TELLEZ

ANDREA GONZALEZ GARCIA

NIEVES HENARES ROSA

1 Introducción

Los celadores que trabajan en este servicio deben estar bien preparados para su movilidad, agilidad y eficacia debido a la gravedad y particularidades de estos pacientes encamados. También deben estar debidamente uniformados, comprender sus funciones en detalle y trabajar bien con el resto del personal. personal. Como resultado, el asistente de la unidad de cuidados intensivos apoyará al personal de la unidad y servirá como enlace con otros servicios del hospital.
La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio altamente especializado habilitado para pacientes con enfermedades graves o dolencias que no pueden ser tratadas en el piso del hospital, ya que estos pacientes necesitan cuidados y tratamientos especiales debido a su situación.

Se brinda atención a pacientes que se encuentran en estado crítico durante todo el día en este espacio de usos múltiples con acceso restringido.
La capacidad de un hospital para ofrecer a los pacientes atención de primer nivel es posible gracias a la presencia de una unidad de cuidados intensivos en las instalaciones.
La UCI cuenta con médicos con amplia experiencia en el manejo de todo tipo de pacientes en estado crítico, desde cardiólogos hasta pacientes politraumatizados y postoperatorios complicados. Estos médicos se especializan en brindar atención a este tipo de pacientes gravemente enfermos.

2 Objetivos

- Describir las funciones que desempeña el celador en la UCI.
- Destacar la función esencial que desempeña el auxiliar de Unidad de Cuidados Intensivos y ensalzar la trascendencia de su papel en 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

Los pacientes que sean trasladados deberán ser vigilados cuidadosamente, y los signos vitales se controlarán continuamente. Siendo este un servicio de alta complejidad que debe brindar una atención integral a quienes se encuentran en estado crítico, la guardia debe calmar los temores tanto del paciente como de la familia y ser estricta, eficiente y resolutiva. Su asistencia con las tareas de movilización y traslado, la estrecha cooperación con el resto del personal y su papel como enlace con los demás servicios son cruciales, así como su asistencia con estas tareas.
Por ejemplo, usted y el resto del personal deben establecer objetivos claros para el turno de la mañana en cuanto a las inscripciones y las pruebas que deben administrarse. En caso de ser necesario, deberá trasladar las muestras y, en caso

de aislamiento, también se encargará de empacar los elementos descartables en las cajas. Serán los encargados de supervisar la entrada de los familiares durante el horario de visita, así como avisarles cuando termine y asegurarse de que todo se haga correctamente dado el requisito de llevar bata y calzas. Como parte del esfuerzo de reemplazo, también recolectarán los baldes llenos.
Realizarán las mismas funciones durante el turno de la tarde y en la noche trabajarán con los auxiliares de enfermería para movilizar, vaciar bolsas y realizar otras tareas.
Dado que los pacientes de esta unidad están postrados en cama y frecuentemente inconscientes, el asistente en este entorno hará un esfuerzo por mantener la mínima cantidad de ruido y habrá recibido un amplio entrenamiento en movilización. Por lo tanto, el asistente debe estar completamente familiarizado con las diversas posiciones sanitarias, incluidas las de decúbito supino, prono y lateral, al igual que el resto del personal.
Dado el estado de los pacientes, los guardias de esta unidad llevarán batas asépticas y permanecerán uniformados cada vez que entren o salgan. Se debe tener un enfoque holístico para la atención del paciente en esta unidad, lo que requiere una adecuada coordinación con todo el equipo y toda la infraestructura necesaria. Si bien el asistente no está a cargo de salvar vidas, si interactúa con los pacientes con frecuencia, su capacidad para comunicarse con ellos, ayudarlos a relajarse y caminar junto a ellos en situaciones difíciles puede ser uno de sus deberes más gratificantes.

5 Discusión-Conclusión

Al ser una de las áreas más específicas tendremos que realizar formación para cumplir efectivamente con nuestras funciones y orientarnos bien. Tener conocimientos adecuados y específicos contrastados y en colaboración con el resto de los compañeros para hacer un buen equipo y ayudarnos eficazmente consiguiendo que el tiempo de permanencia del paciente sea menos traumático. La experiencia de trabajar en esta unidad donde el paciente se aísla. Temporalmente de su grupo familiar para ser observado quedando al cuidado de personal desconocido para él conduce a reflexionar acerca de sus necesidades de carácter emocional, sensitivo y de confort. Esta atención permanente, el estrés de no saber que, va a pasar y el poco descanso del paciente produce una desorientación que debemos tener en cuenta a la hora de realizar nuestra labor en la unidad.

6 Bibliografía

1. El celador en la Uci. Juán Tomás Giménez Casos.
2. Ana Owen. Monitorización en Cuidados Intensivos. McGraw- Hill Interamericana de España. 1993.
3. A. Esteban; C. Martín. Manual de Cuidados Intensivos para Enfermería.

Capítulo 267

ACTUACIÓN DE UN CELADOR ANTE UNA PERSONA CON PÉRDIDA PARCIAL DE LA CONSCIENCIA EN LA CALLE

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

1 Introducción

La definición de la inconsciencia se puede decir que es una situación anómala que lleva a un paciente a tener una disminución del estado de alerta normal, manteniendo las constantes vitales, como son la respiración y el latido cardiaco. La perdida de la consciencia es relativamente frecuente entre la población, pudiendo ser causada por distintos motivos, como son los traumatismos, intoxicaciones, alteraciones metabólicas como en el caso de la diabetes, etc. Existen casos importantes de una disminución del volumen de sangre que irriga el cerebro, por lo que el cerebro acusa la falta de oxígeno.
La perdida de la consciencia puede ser parcial o completa (inconsciente o semiinconsciente).
Cuando una persona se encuentra en un estado de semiinconsciencia decimos que está desorientada, la persona está aturdida y su reacción es confusa, lenta y torpe. Por el contrario, si esta persona se encuentra inconsciente, se debe a que el cerebro tiene abolidos determinados actos reflejos, y solo reaccionando ante determinados estímulos. En un estado de pérdida de la consciencia o cambio brusco del estado mental de una persona, la actuación adecuada sería la de una emergencia.

Muy importante es la primera ayuda que la persona inconsciente o semiinconsciente reciba; siendo de vital importancia que la persona auxiliadora tenga un mínimo de conocimientos sanitarios que, en este caso, es un celador, que casualmente encuentra a una persona semiinconsciente tirada en la calle, y que sabe lo que debe y no debe hacer (si la situación le sobrepasa), y que va a ser positivo para la persona auxiliada.

2 Objetivos

Dar a conocer la actuación ante una persona con pérdida parcial de la consciencia.

3 Caso clínico

Mujer de mediana edad, que se encuentra tirada en la vía pública, en estado semiinconsciente. Es auxiliada en los primeros momentos por un grupo de personas que casualmente se encontraban de paso por dicho lugar, entre estos auxiliadores se encuentra un celador de un hospital público cercano. Ante la falta de personal sanitario y de personas con experiencia en primeros auxilios, el celador toma la iniciativa, ayudado por otras personas; comprobando que la paciente se encuentra semiinconsciente, poco colaboradora, no puede decir lo que le pasa, se encuentra desorientada y nos dice frases sin sentido para ninguno de los auxiliadores.
En primer lugar, se comprueba la zona del accidente, si existe algún peligro para la auxiliada y auxiliadores, una vez comprobado que es un lugar seguro revisamos que las vías respiratorias estén libres de algún cuerpo extraño. Como la persona accidentada está semiinconsciente se le dice que si puede mover las extremidades, pero nunca obligando a que lo haga, de esta forma evitaremos otras posibles lesiones.
El celador intentará comprobar la documentación de la accidentada, buscando algún dato que nos pueda informar si la persona es diabética, alérgica, etc., esto siempre se hace con testigos.
Se llama a los Servicios Sanitarios de Emergencias, dando la ubicación exacta y proporcionando los datos de lo que ocurre, así como las características de la persona accidentada.
A simple vista, la persona accidentada no tiene hemorragias y heridas aparentes. Colocamos a la accidentada de espalda y con las piernas elevadas, no más de 45 grados. En las piernas se almacena gran cantidad de sangre, favoreciendo de esta forma la irrigación de sangre al cerebro.

Comprobamos el estado de la ventilación pulmonar, si la respiración es normal o no lo es. Miramos el tórax de la accidentada para comprobar si se eleva con más o menos dificultad al respirar, vigilando la respiración con regularidad, colocamos con cuidado la cabeza de la accidentada hacia atrás para asegurar que la vía aérea siga abierta. Tapamos a la persona accidentada con lo que tengamos a mano, chaqueta, abrigo, etc., para que esta no se enfríe.
Poco a poco la accidentada mejora levemente y la colocamos en posición de seguridad (de lado), realizando los movimientos de giro con suavidad.
A los pocos minutos llegan los Servicios Sanitarios de Emergencias, que se hacen cargo de la paciente siguiendo el protocolo de reanimación hasta ser estabilizada, que es cuando es derivada en una ambulancia medicalizada al hospital de referencia más cercano donde se realizará un examen más riguroso (glucemia, electro-cardio-grama, hemograma, bioquímica incluyendo la CPKmb, etc.).

4 Discusión-Conclusión

La asistencia urgente ante una persona con perdida o alteración de la consciencia, tiene como objetivo principal la prevención de posibles estados graves que puedan poner en riesgo la vida de dicha persona, manteniendo en lo posible sus constantes vitales (respiración, frecuencia cardiaca), hasta la llegada de los Servicios Sanitarios de Emergencias. Con la rápida y adecuada asistencia se pueden evitar complicaciones, ayudando a una rápida recuperación, evitando lesiones.
En un estado de semiinconsciencia el cerebro se encuentra aturdido, su reacción no es normal, con actos torpes, lentos y confusos.
La semiinconsciencia es un estado próximo al de la inconsciencia, que aparece tanto en mujeres como en hombres.
El ingreso en un hospital de un paciente semiinconsciente o inconsciente, conlleva una menor tasa de complicaciones y muerte; también es de suma importancia los primeros auxilios realizados en la vía pública.
Cada paciente debe de tener un control individualizado, teniendo en cuenta la causa y la clínica de la semiinconsciencia, también si tiene antecedentes de episodios similares o enfermedades que favorezcan esta situación.
Debemos de saber lo que en estas situaciones vamos o no vamos a hacer, y si nuestra actuación va a ser positiva para la paciente, detectando si la situación lo requiere un tratamiento inmediato.

5 Bibliografía

1 - El Celador en los Servicios Hospitalarios. - Logoss. - pag: 217 a 219.
2 - El Celador en Servicios Especiales y Centros de Salud. Logoss - pag: 111 a 116.
3 - El Celador en transporte sanitario - Logoss. pag: 113 a 127.
4 - El Celador en los distintos ámbitos sanitarios - Logoss pag: 36 y 37.
5 - Conocimientos básicos y función del celador - Logoss. pag: 262 y 263.
6 - Enfermería Profesional. - Interamericana. pag: 1244 a 1249.

Capítulo 268

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA CONCILIACIÓN TRABAJO Y FAMILIA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA

MAXI MARTINEZ MAYORDOMO

MARIA LORETO LOPEZ PALACIOS

ALICIA CASTILLO SANCHEZ

PILAR TEJADA LEIVA

PEDRO JAVIER CUEVAS CARRASCO

1 Introducción

El trabajo remunerado siempre nos ofrece una estabilidad económica como auxiliar administrativo, aparte de que muchas veces nos hacen sentirnos útiles, lo cual siempre está bien, aunque en algunas ocasiones se le dedica tanto tiempo al trabajo que nos resulta muy difícil compaginar las dos cosas, trabajo y familia. Nosotros los auxiliares administrativos en la sanidad, muchas veces se nos pide algún turno extra, o cubrir a un compañero que no pudo avisar antes y te toca quedarte en su turno o parte del turno, evidentemente esto repercute en tu casa o vida familiar, sobre todo si hay niños pequeños y tu pareja trabaja, por lo que tienes que decidir si te puedes quedar o no.

Nuestro trabajo como auxiliar administrativo casi siempre es con un ordenador, con las medidas puestas desde el COVID podemos hacer teletrabajo, excepto que

estés en un mostrador, porque allí suelen ir los pacientes a los que hay que atender personalmente.

Por estos casos es por lo que surge el tema de la conciliación familiar con el trabajo de auxiliar administrativo, especialmente importante en los que trabajamos en la sanidad, tanto pública como en la privada, como muchos otros compañeros sanitarios.

2 Objetivos

Reflexionar sobre la importancia de las medida de conciliación familiar en el personal auxiliar administrativo de sanidad.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo hemos buscado en diferentes portales relacionados con nuestra labor de auxiliar administrativo en los hospitales públicos y privados y centros de salud, el tiempo de descanso que nos pertenece, para desayuno etc.., sobre todo que nuestro trabajo como auxiliar administrativo, la mayoría de las veces estamos muchas horas sentados, y hay que levantarse cada cierto tiempo y andar, para evitar posibles lesiones por malas posturas en el trabajo.

4 Resultados

Ha costado mucho como trabajadores defender nuestros derechos laborales, se nos ha ido dando poco a poco unos derechos que no teníamos para compaginar nuestra vida familiar y laboral.
Ahora, después de mucha lucha, se ha conseguido poder reducirnos la jornada hasta que nuestros hijos cumplan los 12 años, algo que antes era impensable.
Es un gran alivio en nuestro caso como auxiliar administrativo, puesto que si tenemos reducción es muy posible que no te pidan turnos extras, y además nosotros tenemos una flexibilidad que incluso puedes escoger horario, con lo que te organizas mucho mejor para estar en casa, siempre está bien que llegues a un acuerdo con la empresa para la organización de las horas.
Son un gran alivio las medidas aprobadas para la conciliación familiar en los auxiliares administrativos, los permisos retribuidos para los padres, antes solo era para las madres, al ser así, te puedes organizar para que entre los dos puedas

estar más tiempo en casa, puesto que se pueden pedir después siempre que sea antes del año del bebe, así el bebe estará más tiempo en casa.

Las ventajas de estas medidas serían:
Tener más tiempo libre para la familia y ocio.
Favorece que el niño pueda estar más tiempo en casa, lo cual nos deja más tranquilos en nuestro trabajo como auxiliar administrativo.
Organizarnos mejor, lo cual es bueno incluso para nuestro trabajo como auxiliar administrativo.
Hacer que nuestro trabajo como auxiliar administrativo se nos haga más ameno y agradable.

Gracias a estas medidas, tanto el auxiliar administrativo en sanidad como cualquier otro trabajador, pueden disfrutar de más tiempo libre en general, por lo que la jornada de trabajo se hace más descansado, por lo que seremos más eficaces.

5 Discusión-Conclusión

Se podría decir que en estos momentos los auxiliares administrativos y trabajadores en general tenemos muchos más derechos que hace unos años, de hecho no hace tanto tiempo que los padres solo tenían 3 días de permiso laboral por nacimiento de un hijo.
También tenemos varios permisos retribuidos, como los asuntos propios, que pueden servir cuando los niños se ponen enfermos y tenemos que quedarnos con ellos.
Si conseguimos como auxiliar administrativo tener un horario más o menos estable, puedes organizarte, con lo cual nuestro trabajo será mucho más llevadero, puesto que no estaremos tan estresados y nuestra vida será más confortable, esos síntomas también se llevan al trabajo y este resultará más eficaz.

6 Bibliografía

En los sindicatos mirando los derechos de los trabajadores. www.boe.es
Google. Manual básico del auxiliar administrativo en la sanidad

Capítulo 269

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES DE RADIOLOGÍA

SONIA GARCÍA RODRÍGUEZ

LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ

OMAR JAÉN NAVA

SONIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

ROSEMERY WONG RUIZ

1 Introducción

La función del servicio de diagnóstico por rayos X del hospital es realizar exámenes radiológicos a los pacientes para que a través de imágenes se pueda llegar a realizar un diagnóstico del paciente.
El servicio está compuesto por profesionales sanitarios y no sanitarios, cada uno con un papel importante que desempeñar.
Los Auxiliares Administrativos que reciben pacientes en el Servicio de Radiología no solo realizan labores administrativas, que es la actividad principal (administrar las pruebas del servicio y supervisar su correcto funcionamiento), sino también para el resto de pacientes atendidos y los pacientes y acompañantes, teniendo en cuenta que no atendemos exclusivamente a los que atendemos, sino que acogemos, informamos, instruimos y, en ocasiones, incluso acompañamos a los pacientes perdidos y desplazados (muchas veces ancianos) que saben que tienen

una cita en el hospital pero no saben cómo proceder con una consulta o a quien contactar.
El personal no sanitario incluye celadores que son responsables de transportar a los pacientes por todo el hospital y auxiliares administrativos que son responsables de hacer visitas a los pacientes de acuerdo con la prioridad de las solicitudes profesionales. Los solicitantes son aceptados a su llegada al Centro de Salud.
La atención a los usuarios con calidad, amabilidad, empatía y buen trato realza la imagen interna y externa de la institución, y el agradecimiento de los usuarios satisfechos por los servicios prestados es el premio e inspiración de nuestro trabajo.

2 Objetivos

Explicar las funciones que tienen el personal auxiliar administrativo por la ona de rayos y de que se basa su trabajo ante los pacientes.

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 Servicio de Radiodiagnóstico es una unidad hospitalaria integrada con personal cualificado trabajando para el paciente.
El trabajo del día a día de un auxiliar administrativo consiste en tomar y priorizar todas las solicitudes de los especialistas y médicos de atención primaria, ya sean de rutina o de alta prioridad, para poder realizar llamadas de más a menos urgentes.
Nuestro trabajo comienza con la identificación del paciente mediante: número de registro hospitalario, DNI o tarjeta sanitaria, comprobamos si el registro es correcto en cuanto a fecha y hora, departamento, pruebas diagnósticas prescritas y preparación de pruebas.

Los pacientes pueden pedir una cita para una ecografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (MRI), etc. o salir, en cuyo caso nos registramos (como explicaremos más adelante). Además, debe confirmar que conoce la prueba que se realizará y que tiene y ha firmado un formulario de consentimiento informado.
Le decimos al paciente que debe quitarse anillos, relojes, pulseras, collares, pendientes, gafas, audífonos, etc. y colocar estos elementos en un lugar seguro y controlado para evitar posibles accidentes. Le informaremos sobre la sala donde se realizará la investigación y le indicaremos cómo llegar.
A veces, al usar las pantallas de información, los pacientes no saben cómo usarlas, o pueden tener problemas de visión y la información de la pantalla no está disponible para ellos; en este caso llamaremos o acudiremos a la sala de espera correspondiente para indicarle que su nombre ha sido llamado.
Procedemos ahora a explicar una de las funciones más importantes que realiza un auxiliar administrativo de radiodiagnóstico: la gestión de citas.
Al principio, tenga en cuenta que las visitas del radiólogo de diagnóstico siempre son ordenadas por un médico y que los asistentes administrativos solo pueden cambiar una solicitud con una orden del médico si se creó debido a un error, como un cambio en la fecha o el alcance; la consulta externa está revisando la radiografía después del alta hospitalaria Cambiaremos el alcance de la consulta en este momento y la prioridad será normal o mejor seguir las instrucciones.

5 Discusión-Conclusión

Todos los servicios que componen un hospital son importantes para su buen funcionamiento. Los servicios de radiología de diagnóstico son un pilar importante para determinar las opciones de tratamiento del paciente.
Sin duda, el deber del radiólogo es confirmar o descartar las sospechas expresadas previamente por otro especialista. Entonces se puede decir que se trata de complementar y validar el trabajo ya realizado por otro compañero de trabajo.
El auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico se encarga de la recepción de los pacientes, es parte integrante del equipo de radiología y es un elemento clave para el buen funcionamiento del servicio, aunque una de sus principales funciones es dar una correcta atención al paciente, pero no menos importante es la cita previa, que radiólogos, persona técnica, equipo asistencial, auxiliares de Enfermería, celadores hagan el trabajo y esto, junto con el servicio de llamadas y los trámites administrativos del trabajo que realizan, facilita el trabajo del equipo, para que todo se haga con calidad, eficiencia y eficacia.

6 Bibliografía

1. https://www.educaweb.com/
profesion/auxiliar-radiologia-871/.
2. https://www.infojobs.net/
candidate/offer-no- accesible/index.xhtml ?of_codigo=3a1133294344c
aa1bac0c6babde3d7&canal= 0&urls=1&dgv= 8752619702830699727.
3. http://www.conganat.org/
SEIS/is/is45/IS45_18.pdf.

Capítulo 270

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA

SONIA GARCÍA RODRÍGUEZ

LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ

OMAR JAÉN NAVA

SONIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

ROSEMERY WONG RUIZ

1 Introducción

Vamos a empezar describiendo al Auxiliar Administrativo como aquellos miembros del personal no sanitario que se encuentran en la gran mayoría de los distintos departamentos del sistema de salud que se encargaran de la atención directa a los distintos usuarios / pacientes que demanden información, datos o consultas de carácter no médico para poder desarrollar una labor de enlace, coordinación, administración y gestión de numerosos procesos necesarios para el correcto funcionamiento del Sistema Sanitario.
Así mismo entrando en detalle de las funciones que pueden y deben desarrollar los Auxiliares Administrativos dentro del Departamento de Pediatría podemos describir las siguientes como algunas de las más relevantes:
- Uso del software de gestión de base de datos del Sistema de Salud.

- Control de los sistemas de información y control internos tanto como los pacientes como los profesionales Sanitarios.
- Toma de datos para inicio de las historias clínicas de los pacientes en el caso de que no existan datos de registro anteriores.
- Tramitación, gestión, coordinación de citas.
- Control de orden asistencial de las citas en el departamento, en el caso de que no exista un sistema informatizado que se encargue de ello.
- Así mismo y no menos importante, deberá mantener un estrecho y continuado contacto con los distintos profesionales sanitarios a cargo del departamento con toda la información relevante a los pacientes, para poder llevar a cabo todas las funciones anteriormente mencionadas de la manera más eficiente, veraz y responsable posible.

Por lo que es de reseñar con todo lo anteriormente mencionado que el papel del Auxiliar Administrativo tiene una vital importancia en la organización y buen funcionamiento de cualquier departamento médico dentro del Sistema Sanitario. Con este capítulo buscaremos valorar las numerosas funciones y tareas llevadas a cabo por el Auxiliar Administrativo dentro del Departamento de Pediatría, ya que, gracias a sus conocimientos y a su labor en la atención a los pacientes, tratamiento de datos/registros informáticos y por último en la función que desarrollan en la coordinación de tareas con los distintos miembros del departamento.

2 Objetivos

Valorar e indicar las numerosas funciones y tareas llevadas a cabo por el Auxiliar Administrativo dentro del Departamento de Pediatría.

3 Caso clínico

Varón de 12 años tras recibir un golpe en el tobillo mientras practicaba futbol en el patio del colegio y con apreciables signos de dolor es trasladado a urgencias donde tras las pertinentes pruebas médicas se le diagnostica un esguince de tobillo para el cual se procede a la inmovilización del mismo con un vendaje de compresión, remitiéndole a un periodo de reposo de la zona dañada de 15 días, tras el cual se le remite al departamento de pediatría para proceder a la evolución y estado del mismo. Pasado unos días, los padres del menor proceden a llamar a para pedir cita con el pediatra para lo cual son atendidos por la Auxiliar Administrativo que tras introducir los datos del paciente en el sistema proceden a la creación de la cita tras realizar el registro en el sistema informático.

Llegada la fecha acuden al departamento de pediatría donde son atendidos en el mostrador por el Auxiliar Administrativo que tras comprobar los datos facilidades por los padres del paciente les indica en que consulta y porque Pediatra, a su vez el doctor es avisado mediante el sistema de notificaciones informático de que el paciente se encuentra en la sala. Mientras tanto les invita a pasar a la sala de espera hasta que sean llamados para pasar a consulta para que puedan ser atendidos. Una vez finalizada la consulta y tras indicación del facultativo se les invita a que vuelvan a solicitar una nueva cita, ya que el paciente sigue presentando cierto dolor en la zona, para lo cual vuelven a la zona de mostrador donde tras buscar disponibilidad en el sistema se les vuelven a dar cita para que dentro de 1 semana pueda ser de nuevo explorado por el doctor.

4 Discusión-Conclusión

Tras exponer todo lo anterior y habiendo analizado gran parte de las funciones y tareas realizadas por el Auxiliar Administrativo tanto dentro Sistema de salud como en particular en el Departamento de Pediatría podemos concluir que gracias a su actitud y buen hacer los usuarios y pacientes son atendidos como se merecen aportando un valor añadido al sistema de salud en lo relacionado a la atención directa. A su vez favorecen la eficiencia y organización del departamento, ya que sin su actuación sería imposible coordinar la labor del resto de profesionales que forman parte de él. Por lo que podemos concluir que no puede concebir ningún Departamento Sanitario sin los profesionales que representan los Auxiliares Administrativos.

5 Bibliografía

1. ¿Qué hace un auxiliar de pediatría? 2022. IFP Centro Oficial. Disponible en: https://www.ifp.es/blog/que-hace-un-auxiliar-de-pediatria.
2. Msmq. ¿Qué habilidades debe tener un auxiliar administrativo? auxiliaradministrativo.es. Disponible en: https://auxiliaradministrativo.es/habilidades-debetener-auxiliar-administrativo/.
3. Consulta Al Pediatra. Cuidado Infantil. Disponible en: https://cuidadoinfantil.com/consulta-al-pediatra.

Capítulo 271

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

SONIA GARCÍA RODRÍGUEZ

LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ

OMAR JAÉN NAVA

SONIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

ROSEMERY WONG RUIZ

1 Introducción

Hablaremos del departamento de auxiliar administrativo y la organización de documentación clínica de los pacientes , donde se enfoca en la literatura personal de los pacientes. En cualquier sistema médico, la salud del paciente, todos sus beneficios de salud, los informes de su condición y progreso, y los registros del paciente en los documentos que recibe se basan en la generación de datos. Estos documentos ahora se denominan ”historiales hospitalarios” y son gestionados por el servicio de documentación hospitalaria. El administrador no es un empleado que registrará cuidadosamente todos estos datos, los conservará, guardará y administrará correctamente, y los seleccionará, recuperará y compartirá durante el tiempo que el usuario desee. El proceso de integración con otras instituciones o niveles de salud está ahora reemplazando al sistema hospitalario

tradicional, logrando en definitiva que la prestación de atención sea consistente, individual, completa y eficiente. Independientemente de dónde se traten, el departamento de Documentación Clínica es el encargado de gestionar toda la información clínica generada por los pacientes. Dado que contiene toda la información necesaria para la prestación de una buena atención sanitaria, el departamento de documentación clínica del hospital constituye el pilar principal de las actividades que se desarrollan en cada proceso de atención al paciente.

2 Objetivos

Explicar todos los deberes y responsabilidades que tendrá que desempeñar el administrador en el servicio de documentación clínica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Scielo, Lilacs y Cuiden.
Documentación clínica, administración hospitalaria, funciones administrativas y auxiliar administrativo en el ámbito de la salud son algunos de los términos clave.

4 Resultados

Hablaremos sobre los principales deberes y responsabilidades de un asistente administrativo que trabaje en un departamento de registros hospitalarios.
El archivo de índice de pacientes, que sirve como base para todos los registros médicos, contiene la información esencial necesaria para identificar a cada paciente. Para evitar duplicaciones y errores, estos datos se actualizarán y registrarán cada vez que el paciente interactúe con el centro y respetará los criterios establecidos. El administrador administrará y creará la organización de los registros médicos, se asegurará de que cada sobre o archivo esté debidamente etiquetado para que sea fácil encontrar todo y organizar todo en el lugar correcto. Debe establecer un formato estándar para los registros médicos y, al mismo tiempo, facilitar su llenado. Los registros de antecedentes médicos deben revisarse periódicamente para reflejar los cambios y las necesidades que surgen con el tiempo.

Los usuarios finales deben presentar y recibir documentos. Revisar la exactitud de las historias clínicas, crear y distribuir revisiones periódicas, en colaboración con el propio personal del hospital, es una de las funciones del asistente administrativo. Para evaluar la calidad, el estudio se realizará con ejemplos de lo que se encuentra en la literatura clínica. Al desarrollar políticas de acceso y acceso a los registros de salud, el proveedor de atención debe considerar las políticas vigentes en ese momento. Esto asegurará que los registros médicos estén disponibles. Estas pautas serán comunicadas al resto de profesionales implicados y serán mantenidas en todo momento por la dirección del centro. La información será recopilada, procesada y distribuida de acuerdo con las normas del centro a las personas u organizaciones ajenas al centro que lo soliciten.

5 Discusión-Conclusión

Los documentos clínicos deberán ser archivados, ordenados y gestionados, eficientemente y con gran responsabilidad, por el auxiliar administrativo. Esto se hará identificando cada historia clínica de forma individualizada, estando la información del paciente, actualizada siempre y a la mayor brevedad posible, para que, cuando el personal sanitario lo necesite, no de lugar a errores ni malentendidos.
El auxiliar administrativo deberá garantizar que la información esté y sea segura, que se pueda transmitir entre el personal sanitario de forma segura.
El papel que desempeña el auxiliar administrativo, es de una gran relevancia, para una gestión y administración de la información correcta.

6 Bibliografía

Auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica,-Ocronos, Revista médica y de enfermería, https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/
Álvarez MT, Documentación clínica y archivo, Ediciones Díaz de Santos 2004.
López Domínguez O, Gestión de pacientes en el hospital,El Servicio de Admisión y Documentación Clínica,Madrid: Olalla. 1997; 263-273

Capítulo 272

AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y SU PROCESO ORGANIZATIVO DEL TRABAJO EN LOS CENTROS SANITARIO

PRISCILA MACÍAS DÍAZ

PATRICIA IZQUIERDO PANTOJA

MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO

RAQUEL CÓZAR GARCÍA

SARA DÍAZ HERNAN

1 Introducción

La organización del trabajo de los hospitales es cada vez más diversificada, compleja y estratificada debido a la exponencial necesidad de asistencia para mantener y mejorar la eficiencia de la gestión conveniente de los recursos. La mesa de recepción y documentación clínica es una estructura auxiliar en el hospital que incluye: gestión de pacientes potenciales, procesamiento de documentación clínica relevante y generación de información médica. El Mostrador de Recepción y el Mostrador de Documentación Clínica son mostradores no asistenciales y facilitarán el acceso de los pacientes a la atención especializada y su papel en la gestión de casos. Se encarga y se encarga de organizar, ordenar, coordinar y

priorizar para aumentar la eficiencia y el rendimiento para una mejor gestión de los recursos y es el punto y punto de conexión entre el usuario/paciente y el proceso de atención. Para que esta posición esté equipada y adaptada a un sistema de capacitación homogéneo y confiable, garantizando así el requisito de acuerdo con la ley de gestión y derechos/pacientes de protección de datos inadecuados, debe tener una serie de requisitos básicos, como ofrecer continua Capacitación de un asistente administrativo profesional, buena comunicación interna y control conveniente de procesos, creando archivos y comentarios sobre el consentimiento y consentimiento con la documentación que debe procesar, actualizar el software y una actualización constante que se adapta a las necesidades del puesto. Es creado por el personal de salud e ilegal; No necesariamente enfermeras, métodos de enfermería, asistentes administrativos, administrativos y subordinados No. No obstante, los profesionales encargados de gestionar las admisiones de usuarios/pacientes incluyen tanto a los auxiliares administrativos como a los encargados de gestión y responsables de las historias clínicas, tanto en centros ambulatorios como en consultas externas de residencia y hospital.

2 Objetivos

Como enfoque principal de esta revisión del capítulo:
- Identificar las distintas ubicaciones y zonas cubiertas por la normativa de acceso y documentación de la clínica. Como objetivo secundario:
-Establecer las funciones que deben desarrollar los auxiliares administrativos en los puestos de documentación clínica y recepción.

3 Metodología

En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos de artículos científicos, como Pubmed y Google Academy, se consulta con personal que trabaja en este puesto y se trazan las funciones del auxiliar administrativo.
Se utilizan palabras clave como: auxiliar administrativo en sanidad, documentación clínica, puesto de admisión.

4 Resultados

Los puestos de Admisiones y Gestión de Casos Clínicos son interdisciplinarios y pueden variar entre Comunidades Autónomas, sin embargo, las funciones de

asistente administrativo están diseñadas para coordinar actividades y recursos en torno al apoyo continuo al paciente/usuario. Los asistentes administrativos de atención médica realizan una variedad de funciones, como pacientes hospitalizados, cirugía, atención de emergencia, atención de urgencia, derivación de un sitio a otro, secretaria de atención, archivo de casos, documentación y codificación. - Hospitalizar:

El rol de Asistente Administrativo en este puesto se enfoca en coordinar los procesos de admisión y atención, manejo de camas, transferencia y alta. Para operaciones quirúrgicas, el asistente administrativo debe colocar al usuario/paciente en lista de espera quirúrgica (LEQ), gestionar y supervisar la programación de operaciones pre y postoperatorias, llevar el registro de salida y control de movimiento a la lista de espera, y finalmente para coordinar y eventualmente evaluar el proceso de atención. En términos de personal administrativo, debe registrarse para capacitación de emergencia y coordinar el proceso de atención, proporcionar apoyo de la organización para las necesidades y la atención

- Asistencia ambulatoria:

En pacientes ambulatorios, un asistente administrativo debe estar en centros ambulatorios; Planifique y controle diferentes llamadas, aplicaciones de control y requisitos de citas, organice los procedimientos de atención, incluida la gestión de pacientes en consultores externos, hospitales y todos los jugadores, la costumbre de requerir gramática inicial. - Producción en Internet:

En esta ocasión, asistente administrativo; Recibir, registrar y administrar solicitudes de asistencia al Centro o comenzar en el Centro a otros centros médicos; Instituir y coordinar con otros centros médicos para administrar empresas que ayuden convenientemente a ayudar a emergencias o asistencia específica; Advertencia y encontrar un paciente puede retirar dinero; Para manejar la ayuda clínica y los requisitos clínicos, siempre garantice la protección de datos; Programa de ayuda; Notifique los archivos de forma regular y guarde al paciente en cualquier momento. - mesa de ayuda:

Función: planificar, coordinar y supervisar adecuadamente las tareas administrativas de apoyo asistencial, relacionadas con la documentación clínica: informes clínicos, entrevistas, etc., así como las relacionadas con el ingreso hospitalario. Archivar documentos clínicos. El asistente administrativo de registros clínicos es responsable de administrar toda la información clínica generada por el paciente en el registro médico único del usuario, asegurando, manteniendo y administrando los registros generados para todos los casos de atención médica. La autoridad de archivo es responsable de proteger los registros médicos, autorizar transferencias y préstamos, y mantener su confidencialidad. - Codificación:

La posición en el alcance de la recepción y la documentación clínica también es responsable de la codificación, depende de qué comunidad sea responsable de esta sección, también es un asistente administrativo, tratamiento de información clínica y enfermedades de transcripción y patologías controladas en el hospital en los códigos dígitos Los códigos, los códigos que luego se procesan para la investigación y la investigación sobre enfermedades, los indicadores de calidad, los costos, etc. son responsables; Descargar, controlar y seguir el conjunto
Datos principales mínimos (CMBD); Grupos de carga y agrupación relacionados con el diagnóstico y corrección de incidentes; Preparar al acusado a solicitud de una dirección de atención; Cooperar en investigación en la solicitud de ayuda en el hospital; Informe y atiende a los trabajadores médicos y otros puestos en el hospital que requieren nuestros puestos (coordinación de calidad, dirección, etc.).

5 Discusión-Conclusión

En resumen, todas las funciones anteriores, incluidas la formación, la investigación y el desarrollo, el control del suministro, la asignación de personal, etc., aunque importantes, no pueden incluirse en el manual para sus propósitos, muy diferentes. Por lo tanto, el lugar de ingreso y la documentación clínica deben evaluarse continuamente mediante indicadores de desempeño y calidad. Su reorganización requiere la formación continua del personal administrativo y de apoyo, la identificación y creación de expedientes, el establecimiento de canales de comunicación interna y el control de procesos, entre otros. En conclusión, es importante desarrollar y actualizar un manual que simplifique las funciones que debe realizar un auxiliar administrativo en este servicio en los diferentes cargos para que pueda desempeñar perfectamente sus funciones, sus funciones se relacionan con la seguridad y protección de datos personales y documentos con los que trabaja. Esta guía está sujeta a ajustes en función del progreso técnico y los cambios. Esto puede contribuir a unificar y estandarizar el trabajo del personal administrativo.

6 Bibliografía

1. Rivilla Juárez G.M. El auxiliar administrativo de la salud en el puesto de admisión y documentación clínica. Ocronos. 2019. Disponible en: https:// revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admisiondocumentacionclinica/

2. Tamayo Canillas M.L., Romero Serrano R. Puestos de admisión y documentación clínica. En: Temes JL y Mengíbar M, editores. Gestión Hospitalaria. 5ª ed. 2011. Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1492§ionid=98857086
3. Guía de gestión de puestos de admisión y documentación clínica. Instituto Nacional de Salud. Madrid. 2000. Disponible en: http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/documentos/guia_sadc_definitiva.pdf
4. Lastra M, Villazón AB, Villazón A. Admisión y documentación clínica (SADC). Ocronos. 2020. Disponible en: https://revistamedica.com/admisiondocumentacion-clinica-sadc

Capítulo 273

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL PROCESO DE INGRESO DE PACIENTES QUE VAN DE URGENCIAS

PRISCILA MACÍAS DÍAZ

PATRICIA IZQUIERDO PANTOJA

MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO

RAQUEL CÓZAR GARCÍA

SARA DÍAZ HERNAN

1 Introducción

Vamos a describir de manera rápida al Auxiliar administrativo en el Servicio de Urgencias como el personal de carácter no médico que se encarga de la atención directa a usuarios y pacientes que llegan por primera vez a las urgencias médicas, siendo en la mayoría de los casos el primer contacto y filtro en el proceso de estancia de los mismos en dicho servicio.
También realizan otras tareas de gran importancia, como son las gestiones de carácter informativo, tramitaciones de documentación, así como funciones de organización y coordinación de información (datos personales, historias clínicas…) de toda índole referente a los pacientes y usuarios.
Vamos a focalizar a nuestro Auxiliar administrativo en la zona de admisiones del

Servicio de Urgencias, donde desempañara su trabajo en el día a día. Algunas de sus funciones mas reseñables irán desde la llegada del paciente al mostrador donde se le solicitarán los datos y la documentación que sea necesaria (tarjeta de salud, número de DNI, datos de contacto) para así poder acceder al historial clínico del paciente y poder dar una mejor atención.
Todo esto será tratado y registrado bajo el sistema informático implantado y así ofrecer la mejor manera posible toda la información al personal sanitario para que pueda atender al paciente.
Una vez comentado todo lo anterior vamos a enumerar de manera mas específica algunas de las numerosas funciones que llevan a cabo los Auxiliares en su hacer diario en el servicio de urgencias:
-Información directa y presencial a la llegada de usuarios/pacientes.
-Registro de admisión, gestión de datos y documentos.
-Creación y gestión de historias clínicas (en el caso de que sea necesario)
-Control y coordinación de la zona de espera.
-Notificación al personal sanitario de la llegada del paciente.
-Localizar e informar a familiares en los casos que así se determine.
-Cursar órdenes de ingreso hospitalario si así se lo indican.
-Gestión documental de informes, historias y demás datos de carácter administrativo que le sean asignados.
Todo esto anteriormente mencionado se llevará a cabo bajo una clara premisa de responsabilidad y discreción máxima.

2 Objetivos

Con este capítulo buscaremos básicamente dotar de la importancia que tienen los Auxiliares Administrativos en el Servicio de Urgencias a la hora de no solo la llegada los usuarios/pacientes por primera vez y en una situación de necesidad de atención inmediata sino también a la hora de todo el procedimiento burocrático y de gestión de datos e información que maneja y que pocas veces es valorado y que sin ello los profesionales médicos no podrían desarrollar muchas veces su trabajo.

3 Caso clínico

Paciente Varón de 47 años de edad, que ingresa en urgencia en ambulancia tras sufrir un accidente de tráfico con posible traumatismo craneal, inconsciente, pero con vitales estables, se encuentra solo y lleva consigo documentación que se le

hace llegar al Auxiliar para que proceda a la toma de datos y así abrir la historia clínica sobre lo acontecido.
Una vez realizado esto, se procederá a localizar a algún familiar para informar sobre lo ocurrido y así se puedan desplazar para acompañar para obtener más información de mano de los sanitarios. El auxiliar consigue localizar a la mujer del paciente informando sobre en qué hospital se encuentra, así como una breve información sobre el estado de su marido, tras lo cual acude rápidamente hasta allí.
A la llegada de la mujer al mostrador de urgencias, se le informa con mayor exactitud sobre el estado de su marido, ya que está siendo intervenido en ese momento, invitándole a pasar a la sala de espera hasta sea informada de nuevo por el médico asignado.
Una vez finalizada la operación el médico encargado de la misma le comunica que la intervención ha sido un éxito y que su marido se encuentra bien y estable.
La administrativa le informa que va a ser ingresado en planta (por lo que inicia todo el proceso de ingreso hospitalario) a la espera de ver la evolución tras la intervención, indicándole en que planta y habitación se alojará y cuando podrá pasar a verlo.
Tras todo lo acontecido, la mujer del paciente agradece toda la información y el trato recibido por parte de la Auxiliar en unos momentos de tanta tensión y nerviosismo quedando muy satisfecha por ello.

4 Discusión-Conclusión

Vamos a concluir este capítulo valorando una vez mas todo lo que realiza y por todo lo que tiene que pasar el auxiliar administrativo en un área tan sensible y caótica como es el de urgencias con todo lo que ello conlleva. Desde la admisión y registro de los pacientes que llegan y del modo que llegan, al delicado momento de informar a familiares en los casos mas graves y menos esperados.
Junto con todo el manejo de información y datos que ya damos por sabido que tienen que tratar a diario el personal administrativo y que pocas veces se valora como se merece, ya que sin ello en muchos casos no se podría llegar una correcta tramitación y evaluación administrativa, por lo que se crearía un gran caos interno en todos los departamentos.

5 Bibliografía

-Auxiliar Administrativo urgencias. Scribd. Disponible en:mhttps://es.scribd.

com/document/456031587/auxiliar-administrativo-urgencias.
-Auxiliar Administrativo urgencias. Scribd. Disponible en: https://es.scribd.com/document/456031587/auxiliar-administrativo-urgencias.

Capítulo 274

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS CONOCIMIENTOS OBLIGATORIOS CON EL PC EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

PRISCILA MACÍAS DÍAZ

PATRICIA IZQUIERDO PANTOJA

MARIA DEL CARMEN GOMEZ AREVALO

RAQUEL CÓZAR GARCÍA

SARA DÍAZ HERNAN

1 Introducción

En el año 1981 se vendió el primer PC de IBM y desde entonces los equipos informáticos han revolucionado la forma en que las personas y las empresas trabajan, se comunican, viven, educan y entretienen. Las computadoras son ahora parte integrante de prácticamente todas las actividades humanas, y por supuesto de los auxiliares administrativos.
En la actualidad el trabajo de un auxiliar administrativo ha pasado de estar sentado delante de una máquina de escribir y llevar las tareas de archivo y control documental de manera manual a realizar el 99% de su tarea frente a un ordenador. Todo se controla desde el ordenador y las horas que un auxiliar administrativo pasa frente a una pantalla de ordenador se han multiplicado por mil. Cada vez

son más las horas que debemos pasar frente a un ordenador para poder realizar todas las tareas que el trabajo demanda, que exponemos nuestros ojos a la luz de las pantallas, que forzamos nuestras muñecas al escribir durante horas o usar un ratón para hacer cientos de miles de clics.
Por ello debemos aprender a sentarnos correctamente adoptando posturas corporales que palíen los efectos negativos que puedan ocasionarnos una mala postura, a enfrentarnos a las pantallas, a la distancia adecuada y a la altura necesaria. Todo ello, para evitar sufrir lesiones en nuestro cuerpo.

2 Objetivos

Como objetivo principal:
Mostrar que la tecnología se ha convertido en nuestro aliado y nos ha facilitado el trabajo en muchos campos.
Como objetivo secundario:
Usar la tecnología para poner a disposición de cualquier paciente su historia clínica o gestionar una cita.
Definir las consecuencias negativas de trabajar delante de un ordenador, para establecer las pautas que mitiguen los efectos que provocan.

3 Metodología

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

4 Resultados

Debemos tener en cuenta que nuestras muñecas, nuestros ojos están sometidos a un esfuerzo continuo. Nuestra postura al sentarnos frente a un ordenador, que debe ser adecuada. Los problemas más frecuentes con los que se encuentra el auxiliar administrativo y en general, cualquier trabajador que realice su jornada laboral frente a un ordenador, son, entre otros:
- Los ojos son, habitualmente, los más afectados por el uso continuado de las pantallas. Terminamos la jornada laboral con los ojos irritados o con la típica

sensación de sequedad.
Deberemos ajustar los niveles de brillo y contraste del monitor, intentar mantener una distancia adecuada respecto del monitor, siendo la manera correcta que la parte superior del monitor esté alineada con tus ojos, siendo también importante además que la fuente de luz no caiga directamente en la pantalla.
- La fatiga visual, tener la sensación de que los ojos te duelen literalmente. Los ojos están controlados por músculos y estos también se resienten.
Para evitarlo debemos hacer descansos frecuentes y para ello con cerrar los ojos durante unos minutos es suficiente. Otra técnica para descansar los ojos en la Regla 20-20-20, que consiste en, cada veinte minutos, mirar durante veinte segundos un objeto situado a veinte pies, esto es, unos seis metros.
- El sedentarismo es otra consecuencia negativa de estar sentado frente a un ordenador en jornadas laborales de ocho horas. Un estilo de vida sedentario tiene consecuencias graves para la salud, como la obesidad, problemas de circulación, etc.
Hacer pausas frecuentes, dando un pequeño paseo por la oficina. Se suele recomendar hacer pausas de cinco minutos cada hora de trabajo, junto a un estilo de vida más activo. Una alimentación más equilibrada y acorde con nuestro trabajo. No es la misma, la energía consumida por una persona cuyo trabajo requiera actividad con una persona que pasa la mayor parte de su jornada laboral sentada delante de un ordenador.
- Las malas posturas, y no es que estemos mucho tiempo sentados, sino en cómo estamos sentados. Una postura correcta a la hora de sentarnos es mantener la espalda recta con un ángulo de 90 grados, respecto de los muslos.
Los muslos deben tener un ángulo de 90 grados con respecto a las pantorrillas.
Los pies deben poder apoyarse completamente en el suelo o en un reposapiés. Los brazos deben estar en ángulo recto respecto a la mesa y con los antebrazos apoyados frente al teclado. Pequeños gestos que hagan que nuestra jornada laboral no repercuta en nuestra salud.
- Los movimientos repetitivos, que inconscientemente realizamos cuando estamos sentados frente a un ordenador, dando lugar a posturas forzadas, a lesiones como el síndrome del túnel carpiano. Podemos para paliar estos problemas apoyar todo el antebrazo en la mesa, realizar movimientos suaves sin demasiada fuerza, hacer pausas frecuentes.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, debemos intentar paliar en la medida de nuestras posibilidades los efectos negativos de trabajar frente a un ordenador durante horas y procurar seguir unas pautas que minimicen el riesgo que ello puede provocar en nuestra salud.
Se estima que una persona promedio pasa de seis a ocho horas de su día frente a un ordenador. La sociedad actual gira en torno a la digitalización y por tanto en torno a esta máquina. Trabajas con un ordenador, te entretienes con un ordenador, te comunicas con un ordenador.
El uso prolongado del ordenador puede ocasionar, como ya hemos visto, lesiones que no son notables a primera vista, sino que estas tienen un carácter progresivo y básicamente son producto de un abuso del tiempo dedicado y un escaso descanso.
Es hora de reflexionar un poco, conocer algunas de las consecuencias de permanecer mucho tiempo frente a las computadoras y en consecuencia, intentar adoptar rutinas que nos ayuden a mitigar esos efectos negativos.

6 Bibliografía

- Granados Y. Telcel: Servicios multimedia. PC World 2002
- http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322003000100007
- Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social

Capítulo 275

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA AYUDA AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA COLOCACIÓN Y RETIRADA DE CUÑA, BOTELLA O PAÑAL

PEDRO GARCÍA VENTURINI

LAURA DARRIBA BARBA

ANTONIA GARCIA GARCIA

ROCIO CORTES RAMIREZ

RAQUEL REDONDO VALERO

1 Introducción

El material utilizado en el ámbito sanitario para la recogida de excretas suele ser de material desechable, aunque también se pueden encontrar de plástico o acero inoxidable, para una mayor desinfección.
Estos dispositivos son utilizados para la recogida de excretas de aquellos pacientes que se encuentran encamados y por prescripción médica deben mantener reposo, por lo que no pueden levantarse. También son utilizados para la recogida

de muestras biológicas, como puede ser: orina o copros, para la realización de analíticas o cultivos.
Las cuñas son dispositivos en cuya cara superior se encuentra una abertura, la cual presenta una forma anatómica para dar cabida al glúteo y los genitales de los pacientes. Las cuñas son utilizadas para la recogida de orina de las pacientes femeninas y para la recogida de cropos tanto de pacientes femeninas como pacientes masculinos.
Existen unas cuñas especiales para los pacientes politraumatizados o pacientes con graves lesiones que no pueden ser movilizados con normalidad. Son cuñas más planas de menor altura, lo cual permite una colocación más fácil.
Las botellas son utilizadas por los pacientes masculinos encamados para la micción o para la recogida de orina, ya que estos recipientes contienen una graduación que permite medir la cantidad de orina.

2 Objetivos

- Definir los dispositivos utilizados en el ámbito sanitario para la recogida de muestras biológicas o para la micción o defecación.
- Conocer la norma por la cual se reconoce la función de los celadores de ayudar a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante la colocación y retirada de cuñas, botellas o pañales.

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 la Orden del 5 de julio de 1971, por la cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social, se encuentran recogidas las funciones de los celadores que desarrollan su actividad profesional en el ámbito sanitario, ya sea en los centros de salud o en los centros hospitalarios.

En relación con la temática que nos atañe en este capítulo científico, se encuentra recogida la función del celador de auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la colocación y retirada de cuñas de los pacientes encamados, concretamente en el artículo 14.2.18.

• "Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo, no pueda este ser movido solo por las Enfermeras o Ayudantes de planta, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos".

Sin embargo, en la mayoría de los casos la realización de estas funciones están acompañadas del aseo diario del paciente, por lo que el paciente debe ser movilizado por el celador. Estas funciones se recogen en la orden del 5 de julio de 1971 de la siguiente manera:

• "Ayudarán, asimismo, a las Enfermeras y Ayudantes de Planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón de sus dolencias, para hacerles las camas" (14.2.13).

• "Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de las Supervisoras de planta o servicio, o personas que las sustituyan legalmente en sus ausencias" (14.2.14).

Procedimiento para la colocación y retirada de cuñas, botella o pañal.

Será función de celador la movilización del paciente encamado, mientras que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería SE encargará de colocar y retirar los dispositivos para la micción, defecación o recogida de muestras biológicas.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "La actuación del celador durante la ayuda al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la colocación y retirada de cuña, botella o pañal" nos demuestra la función del celador durante el procedimiento de la colocación o retirada de cuñas, botellas o pañales.

Es importante destacar, que la función de movilizar al paciente encamado será función exclusiva del celador, sin embargo, tal y como se recoge en la normativa vigente de las funciones de los celadores, únicamente se ocupará de la movilización de aquellos pacientes que no puedan ser movilizados por el equipo de enfermería debido a sus dolencias.

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.
- GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriáticos. 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.
- RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 276

EL EQUIPO DE CELADORES Y SUS ACTIVIDADES EN EL ALMACÉN DE LOS HOSPITALES

MARIA VERA NAVARRO

NURIA GARCÍA MUÑOZ

HUGO GOMEZ MARTIN

TERESA GARCIA LOPEZ

ÁNGEL BAUTISTA DEL ÁLAMO MORENO

1 Introducción

El almacén de una institución sanitaria es aquel lugar físico destinado al almacenaje de mercancías. Su función principal es la de garantizar el aprovisionamiento, custodia y distribución de los productos sanitarios y no sanitarios a las distintas unidades y servicios del hospital.
Los almacenes se clasifican en función del tipo de materiales que contienen o por el servicio que prestan. Según el tipo de materiales se dividen en :
Almacenes de materiales de uso relacionado con los enfermos o sanitarios como es el almacén de farmacias, el de material clínico fungible o el de material quirúrgico y aparataje.
O por el contrario almacenes de materiales para el funcionamiento del centro sanitario como el de lencería o papelería. Además existe un almacén general que incluye a varios de los mencionados anteriormente.

Para el correcto funcionamiento de una institución sanitaria, al igual que ocurre en cualquier tipo de almacén, la clasificación de los productos ha de ser minuciosa y exhaustiva, así cuando los productos sean requeridos se facilitará su localización y se llevará un control de movimiento de las existencias. Además es necesario realizar un inventario de las existencias con cierta periodicidad y siempre, una vez al año, se debe hacer un recuento físico de todas las existencias.

2 Objetivos

Nombrar las distintas funciones que desempeña un celador de almacén resaltando la importancia de su labor.
Detallar los distintos tipos de almacén que existen en las instituciones sanitarias y su funcionamiento.

3 Metodología

Para esta publicación científica se ha llevado a cabo una extensa revisión bibliográfica, realizando búsquedas de textos científicos sobre el tema a desarrollar.
Se ha buscado y analizado los artículos encontrados en las bases de datos Medline, Dialnet, Pubmed, Scielo entre otros, seleccionando aquellos que mostraban mayor evidencia científica.

4 Resultados

El celador de almacén en un centro sanitario desempeñará las siguientes funciones:
-Recepcionará las mercancías recibidas e informará al responsable del almacén de la entrada de las mismas.
-Revisará el material recibido mediante el albarán de entrega. Comprobará si el número de bultos recibidos es correcto y será el encargado de llevar un control de los pedidos de forma cuantitativa.
-Revisará que el producto recibido esté en buen estado.
-Cargará y descargará la mercancía recibida.
-Colocará los distintos artículos en las estanterías del almacén
-Comprobará que los vales de pedido estén bien cumplimentados para entregar la mercancía pedida. La petición de material en el formulario oficial debe de ir firmada por el responsable del servicio ya sea el supervisor de planta o el jefe

de la unidad. En esta ficha deben de aparecer los siguientes datos: denominación del material que se pide, cantidad solicitada, código de los productos y servicio que realiza la petición, tipo de almacén al que se dirige, fecha en el que se hace la solicitud y firma. La mercancía solicitada se retirará junto con una copia de la hoja de pedido en la que el personal del almacén corrobora la cantidad entregada con la pedida para que el proceso esté perfectamente coordinado.

-Será el encargado de preparar y distribuir la mercancía solicitada a las distintas dependencias del hospital.

-Llevará un inventario diario del material tanto del producto que entra como de las salidas.

-Deberá notificar al responsable del almacén de todas las entradas de material.

-Contribuirá en el inventario general.

En una institución sanitaria existen dos tipos de almacenes que se clasificarán en función de las características del material que allí se almacene y según su uso si está relacionado o no con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador de almacén consistirá en custodiar las mercancías depositadas, cuidando de la distribución y colocación de las mismas.

Además, será el encargado de la recepción, control y distribución de los productos demandados por los distintos servicios del hospital.

La organización y limpieza del almacén ha de ser óptima para así conseguir una mayor eficacia de su servicio y el celador es el responsable junto a otros profesionales de que esto se cumpla en mayor medida.

Para asegurar el abastecimiento de toda la institución sanitaria en todo momento, el trabajo realizado por el personal en el almacén ha de ser rápido y eficaz.

6 Bibliografía

-Manual Del Celador de Instituciones Sanitarias. EDITORIAL MAD.

-ttp://celadoresonline.blogspot.com/

-https://revistamedica.com/celador-servicio-almacen

-Temario Oposiciones a Celador. SICEPA

Capítulo 277

EL EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) DE LOS CELADORES DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

MARIA VERA NAVARRO

NURIA GARCÍA MUÑOZ

HUGO GOMEZ MARTIN

TERESA GARCIA LOPEZ

ÁNGEL BAUTISTA DEL ÁLAMO MORENO

1 Introducción

Durante la pandemia en el ámbito sanitario los profesionales de la salud han tenido que utilizar este tipo de protección física debido a la alta transmisión de la covid-19. Los celadores han sido un colectivo que han tenido gran contacto físico con pacientes infectados y por tanto han tenido que utilizar equipos de protección individual para protegerse.
Un equipo de protección individual (EPI) es cualquier dispositivo o medio que vaya a llevar una persona con el objetivo de que la proteja contra uno o varios riesgos que puedan amenazar su salud y su seguridad.

Los EPI deben utilizarse junto con otro tipo de medidas dentro de un programa global que abarque la evaluación completa de los peligros. La elección y adecuación del equipo ha de ser correcta y las personas que han de utilizarlo han de ser formadas para hacerlo y ha de realizarse un correcto mantenimiento para mantenerlo siempre en perfecto estado.
Al comienzo de la pandemia se tenía un desconocimiento de su gravedad y alcance y los medios de protección fueron insuficientes.
A nivel general una de las principales medidas de control y preventivas frente al Covid-19 fue una higiene de manos correcta y más aún en el entorno sanitario. Esta se debe llevar a cabo siempre después del contacto con el paciente, con fluidos biológicos o con su entorno.

2 Objetivos

Describir la indumentaria utilizada por los celadores durante la pandemia de la covid-19. Enumerar la secuencia de pasos para la puesta y retirada del equipo de protección individual (EPI) para evitar el contagio cuando se trata con pacientes con Covid-19.

3 Metodología

Para el presente trabajo se ha llevado a cabo una extensa revisión bibliográfica, realizando búsquedas de textos científicos sobre el tema a desarrollar. Se ha buscado y analizado los artículos encontrados en las bases de datos Medline, Dialnet, Pubmed, SciELO entre otros, seleccionando aquellos que mostraban mayor evidencia científica.

4 Resultados

El Covid-19 se trata de una enfermedad infecciosa transmisible a través de la inhalación de partículas respiratorias que contienen el virus que emite la persona infectada. Estas partículas pueden diseminarse en forma de aerosoles y penetrar a través de los ojos, nariz o boca, o a través de las manos contaminadas.
Tanto el personal sanitario como el no sanitario como es el caso de los celadores, que esté en contacto con el paciente contagiado, han de cumplir una serie de medidas de prevención del contagio mediante el uso de equipos de protección individual (EPI). Este se compone de lo siguiente:

– protección respiratoria que será el uso mascarilla FFP2 y utilizar FFP3 en caso de que exista riesgo de aerosoles.
– De gafas o pantallas antisalpicaduras para evitar el contagio por aerosoles.Que deben quedar ajustadas correctamente.
-Bata: la bata debe cumplir con la norma UNE-EN 14126:2004 que contempla la resistencia a la penetración de los microorganismos.
– Guantes: deben de cumplir con la norma UNE-EN ISO 374.5:2006. Deberán colocarse por encima de la bata y quedando bien estirados y se deberán cambiar si se rompen o están visiblemente sucios.
El orden de colocación del EPI será el siguiente: en primer lugar se pondrá la bata, después la protección ocular, la mascarilla y por último los guantes.
El EPI se debe de colocar antes de entrar a la habitación del paciente con covid19 y una vez usado se debe eliminar dentro de la habitación de aislamiento a un contenedor de residuos especiales excepto la protección respiratoria la cual se elimina fuera de la habitación de aislamiento. Inmediatamente se ha de llevar a cabo una correcta higiene de manos.
A continuación se describe el protocolo de colocación del EPI: Lo primero de todo es quitar todo tipo de complementos (anillos, pulseras etc.), retirar maquillaje y recoger el pelo. El uso de lentillas está desaconsejado y las gafas serán fijadas a la frente.
La higiene de manos que se llevará a cabo primero con agua y jabón y posteriormente con sustancias hidroalcohólicas.
Encima del uniforme se colocará la bata impermeable que llegará hasta las rodillas y se atará por la parte posterior al cuello y a la cintura.
Se colocará la mascarilla FFP2 de forma que cubra el mentón y ajustándola bien a la nariz situando las gomas de esta por detrás de la cabeza a la altura de la nuca. Poner las gafas de protección por encima de la mascarilla. Por último se ponen los guantes desechables por encima del puño de la bata de aislamiento. Se recomienda el uso de doble guante.
La retirada del EPI es un punto crítico a la hora de evitar el contagio por tanto se llevará a cabo de forma protocolariza y con mucho cuidado. En primer lugar se retiran los guantes: para ello se agarra la parte exterior del guante (que ha estado en contacto con el paciente y por tanto está contaminada)con la otra mano (que aún lo tiene puesto)retirándolo y desechando ambos al contenedor de residuos biosanitarios especiales.
La bata se retirará desde dentro hacia afuera siempre tocando el interior de la misma, enrollándola y depositándola en el contenedor de residuos biosanitarios.
Es recomendable la higiene de manos después de quitar cada parte del EPI con

solución hidroalcohólica. Una vez fuera de la habitación se retirará la protección respiratoria procurando no tocar la parte exterior que puede estar contaminada por el virus. Para finalizar el proceso se higienizarán las manos con solución hidroalcohólica.

5 Discusión-Conclusión

Al comienzo de la pandemia del virus SARS-cov2 tanto el celador como otro personal de los centros hospitalarios fueron considerados personal de bajo riesgo de exposición según el Ministerio de Sanidad. Por tanto la responsabilidad de dotarles de EPI adecuados y de medidas de protección colectivas ha sido del centro sanitario en cada caso lo que no se ha cumplido correctamente, debido a la escasez de medios etc.
Debido a esto este colectivo ha sufrido un elevado porcentaje de contagios a consecuencia de sus tareas diarias que implican gran exposición al coronavirus.
Tras numerosas quejas por parte del colectivo de celadores, el gobierno modifico el procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al virus retirando dicha consideración e incluyéndoles como personal de alto riesgo al igual que otros profesionales de la salud.

6 Bibliografía

-web:https://www.semes.org/semes-divulgacion/equipo-de-proteccionindividual-epi-frente-al-coronavirus/
-web:https://revistamedica.com/equipo-de-proteccion-individual-celador-covid19/
-web:https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100006

Capítulo 278

EL CELADOR ANTE LA PACIENTE EN EL PARITORIO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

MARIA VERA NAVARRO

NURIA GARCÍA MUÑOZ

HUGO GOMEZ MARTIN

TERESA GARCIA LOPEZ

ÁNGEL BAUTISTA DEL ÁLAMO MORENO

1 Introducción

El brote de COVID-19 está aumentando rápidamente en número de casos, muertes y países afectados, y las mujeres embarazadas necesitan cuidados especiales en relación con el diagnóstico, manejo y prevención. Es fundamental que a las mujeres embarazadas no se les nieguen intervenciones que puedan salvar vidas en el contexto de una amenaza de enfermedad infecciosa grave, a menos que exista una razón de peso para excluirlas. Los sistemas de vigilancia de los casos de
COVID-19 deben incluir información sobre el estado del embarazo, así como los resultados maternos y fetales. Es importante estar atento a la propagación de la enfermedad y poder implementar rápidamente las medidas de control y gestión de brotes una vez que el virus llega a la comunidad. Por lo tanto, este estudio fue

diseñado para mejorar la calidad de la atención de los sanitarios a través de lo que necesitan saber sobre el coronavirus durante el embarazo y el parto.
El COVID-19 no debe influir en el modo de parto si la situación respiratoria de la madre requiere un parto de emergencia. La madre infectada que tiene un trabajo de parto espontáneo podría recibir la aprobación para que dé a luz por vía vaginal. Puede considerarse la posibilidad de acortar la segunda etapa mediante un parto vaginal eficaz mediante pujos activos, ya que el uso de una mascarilla filtrada puede resultar difícil para la madre.
En el estudio de Lui, el 50% de las mujeres embarazadas dieron a luz mediante cesárea de emergencia debido a morbilidades maternas como sufrimiento fetal, rotura prematura de la membrana, muerte fetal intrauterina y 46% de trabajo de parto prematuro entre las 32 y 36 semanas. Para las madres exhaustas o hipóxicas, se debe tomar una decisión individualizada con respecto a acortar la duración de la segunda etapa del trabajo de parto con el parto instrumental. En particular, la incertidumbre sobre el riesgo de transmisión de madre a hijo por parto vaginal fue otro motivo para realizar cesáreas. La falta de evidencia de infecciones de transmisión vertical que pueden ocurrir durante el parto vaginal es una preocupación encomiable.

2 Objetivos

Mostrar las diferentes consecuencias que se pueden sufrir en el ámbito obstétrico derivado del COVID-19.
- Revisar las recomendaciones que aplican a todos los sanitarios hospitalarios para el tratamiento de la madre con COVID-19 sospechado o confirmado.

3 Metodología

En libros y en revistas electrónicas, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Revisión bibliográfica de publicaciones registradas en distintas bases de datos Google Académico, PubMed, Se incluyeron todos aquellos estudios relacionados habilidades sociales en el ámbito sanitario, publicados en español.

4 Resultados

Recomendaciones, para el sanitario de atención médica y no sanitarios, durante el parto:
Las recomendaciones siguientes se aplican a todos los sanitarios hospitalarios para el tratamiento de la madre con COVID-19 sospechado o confirmado:
- La madre infectada debe ser ingresada en una sala de aislamiento con presión negativa en una unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Todos los proveedores de atención médica hospitalaria deben tener máscara de gas, pantalla protectora facial, gafas, guantes quirúrgicos y bata para atender casos confirmados de COVID-19.
- Se debe informar a las mujeres para que utilicen el transporte privado en lugar del transporte público y, si se requiere una ambulancia, la madre debe estar en cuarentena por posible COVID-19.
- Las mujeres deben ser conscientes de que se debe alertar a una partera a su asistencia antes de ingresar al hospital.
- Las mujeres deben usar una mascarilla quirúrgica adecuada y no deben quitarse hasta que la mujer esté aislada en una habitación adecuada.
- Las mujeres deben ser guiadas directamente a una sala de aislamiento, solo el personal esencial debe ingresar a la sala y las visitas deben mantenerse al mínimo.
- Todas las habitaciones de la madre que se utilicen deberán lavarse después de su uso según las directrices de esterilización del hospital.
- Los proveedores de atención médica deben notificar de inmediato al personal de control de infecciones en sus unidades sobre la futura madre que ha confirmado COVID-19.
- Los proveedores de atención médica deben asegurarse de que la madre pueda cumplir los requisitos de control de infecciones.
- Los proveedores de obstetricia deben obtener un historial de viajes detallado de todos los pacientes y definitivamente deben preguntar sobre los viajes en los últimos 14 días a áreas comunes de COVID-19.
- Para la recolección de muestras con torunda nasofaríngea de COVID-19, todos los sanitarios deben usar un respirador purificador de aire motorizado.
- Se recomienda ejercicio para reducir la ansiedad, la depresión y el estado de ánimo negativo durante este brote de enfermedad para los sanitarios con la cuarentena prolongada.
- Es obligatorio para todos los profesionales sanitarios que la autoprotección, el autocuidado y la higiene de las manos sean importantes.

- La unidad obstétrica debe estar equipada con instrumentos reutilizables y lavables a máquina que puedan desinfectarse fácilmente.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario priorizar la mejora de la calidad de la atención durante el embarazo y el parto, así como la educación, el apoyo y la capacitación de los proveedores de atención médica en el control de la epidemia de infecciones. Todos los países involucrados con la epidemia del virus deben publicar sus datos de investigación y recomendaciones clínicas como base para la atención futura hasta que las pautas evolucionen a medida que se disponga de más datos y se acumule experiencia. Compartir datos puede ayudar a los países que probablemente se verán afectados por la epidemia del virus en el futuro a prevenir las complicaciones maternas y neonatales asociadas con el COVID-19.

6 Bibliografía

1. Rasmussen SA , Smulian JC , Lednicky JA y col. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y embarazo: lo que los obstetras deben saber . Soy J Obstet Gynecol. 2020; 222 (5): 415 - 426
2. Yang H , Wang C , Poon L . Infección por nuevo coronavirus y embarazo . Ultrasonido Obstet Gynecol. 2020 ; 55 (4): 435 – 437.
3. Liu Y , Chen H , Tang K y col. Manifestaciones clínicas y resultado de la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo . J Infect. 2020; pii: S0163-4453 (20) 30109-2. DOI: 10.1016 / j.jinf.2020.02.028
4. (RCOG) RCoOaG. Infección por coronavirus (COVID-19) en el embarazo, información para profesionales de la salud; 2020.
5. Liu W , Wang Q , Zhang Q y col. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) durante el embarazo: una serie de casos. 2020 . 202002.0373.v1.
6. Schwartz DA , Graham AL . Posibles resultados maternos e infantiles del coronavirus (Wuhan) 2019-nCoV que infecta a mujeres embarazadas: lecciones del SARS, MERS y otras infecciones por coronavirus humano . Virus. 2020 ; 12 (2): 194.
7. La L . Comprensiones emergentes de 2019-nCoV . Lancet (Londres, Inglaterra). 2020 ; 395 (10221): 311.
8. Chua MSQ , Lee JCS , Sulaiman S , et al. Desde la vanguardia de COVID-19: qué tan preparados estamos como obstetras: un comentario . BJOG. 2020. DOI: 10.1111 / 1471-0528.16192

Capítulo 279

EL CELADOR ENCARGADO DEL ALMACÉN HOSPITALARIO. FUNCIONES DEL CELADOR, ORGANIZACIÓN DE SUMINISTROS

MERCEDES SALCEDO RUIZ

MARÍA ASUNCIÓN RUBIO RODRIGO

JULIAN GUIJARRO HERNAIZ

1 Introducción

Los centros sanitarios disponen de un almacén general, el cual se encarga de suministrar de material sanitario y no sanitario a cada uno de los servicios que desarrollan su actividad asistencial en el centro sanitario, es por ello por lo que la tarea de suministrar se puede entender como la acción de abastecer al resto de servicios sanitarios.

Dentro del almacén se pueden encontrar dos términos relacionados con el abastecimiento, por un lado, el suministro interno y, por otro lado, el suministro externo.

• Suministro interno. Hace referencia a la acción de aprovisionar al resto de servicios del centro sanitario desde el almacén general de dicho centro.

• Suministro externo. Hace referencia a la acción de aprovisionar al almacén mediante los pedidos de material solicitado a los distintos distribuidores y proveedores.

En los almacenes generales se encuentra el material sanitario y no sanitario utilizado dentro de la institución sanitaria. Dentro del material sanitario se puede encontrar: instrumental quirúrgico, fonendoscopios, estetoscopios, equipos de rx o de esterilización, mientras que dentro del material no sanitario se puede encontrar: mobiliario para las habitaciones, despachos médicos, despachos de enfermería; material de informática, material de hostelería como cubiertos, vasos, material de aseo para los pacientes como esponjas, pañales, empapadores, etc.

2 Objetivos

- Establecer la diferencia entre suministro interno y suministro externo.
- Conocer los objetos que incluye el material sanitario y los objetos que incluyen el material no sanitario.
- Enumerar las funciones de los celadores en el servicio de almacén general de un centro sanitario.

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 figura del celador en los almacenes generales de los centros de salud se contempla a partir de un acuerdo del consejo de ministros del año 1990, aprobando una resolución el 17 de julio de ese mismo año.
En los almacenes existirán varias figuras encargadas de distintas funciones, existiendo la figura del celador que recepciona las mercancías, el celador que distribuye la mercancía recepcionada por el almacén colocando el material en las localizaciones dispuestas para cada material, el celador encargado de preparar los pedidos solicitados de las diferentes unidades del centro sanitario y el celador encargado de repartir el material por las distintas plantas.
Las funciones de los celadores en los almacenes generales de los centros de salud o de los centros hospitalarios, dependiendo de su puesto de trabajo son:

• Celador encargado de recepcionar la mercancía. o Se ocupará de recepcionar la mercancía proveniente de los distintos transportistas. o Comprobarán el material recepcionado con el material solicitado en el albarán de compra. o Anotarán cualquier anomalía encontrada durante la recepción. o Darán cuenta al servicio de administración del almacén de las anomalías encontradas durante la recepción. o Sellará los albaranes a los transportistas una vez comprobado que la mercancía viene en perfectas condiciones.
• Celador encargado de colocar el material. o Una vez se ha recepcionado la mercancía, se ocupará de distribuir todo el material por el almacén general del centro sanitario. o Dispondrá cada material en la localización ubicada para cada uno de ellos.
• Celador encargado de preparar los pedidos solicitados. o Se ocupará de preparar en carros destinados para los pedidos o en pallets (para aquellos pedidos más grandes) el material solicitado por cada servicio del centro. o Cada servicio contará con un carro, evitando de esta manera la mezcla de pedidos. o Distribuirá el material solicitado en el albarán de pedido, anotando aquel material inexistente en el almacén. o Comunicarán al servicio de administración aquel material inexistente.
• Celador encargado de repartir el material. o Se ocupará de distribuir por los servicios el material solicitado y preparado en el almacén. o Una vez llegue al servicio, deberá colocar el material en el lugar destinado para ello.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El celador encargado del almacén hospitalario. Funciones del celador, organización de suministros" nos demuestra la presencia del celador en los almacenes generales de los centros sanitarios. Es destacable el hecho de que son los celadores los únicos responsables del funcionamiento del almacén, junto al personal de administración.
Hay que hacer hincapié de que la actividad médico-asistencial del centro de saludo o del centro de hospitalización depende en gran medida del suministro del material del almacén, por lo que este servicio debe funcionar en perfectas condiciones para que el resto de los servicios puedan funcionar.

6 Bibliografía

- 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.
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 280

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PROTECCION DE DATOS DEL PACIENTE DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO

AMPARO SÁNCHEZ MORA

ROCIO MARTÍNEZ LEAL

MERCEDES MARIN VIOSQUEZ

1 Introducción

La protección de datos del paciente dentro del ámbito sanitario es fundamental para garantizar la confidencialidad, integridad y privacidad de la información médica.

Antes de recopilar, almacenar o utilizar los datos personales de un paciente, es necesario obtener su consentimiento informado. Esto implica explicar claramente cómo se utilizarán los datos y obtener el consentimiento expreso del paciente para dichos fines. El acceso a la información del paciente debe estar limitado únicamente al personal autorizado que necesita dicha información para brindar atención médica. Esto implica implementar medidas de seguridad, como contraseñas seguras, autenticación de dos factores y control de acceso físico a los registros médicos.

Se deben implementar medidas de seguridad adecuadas para proteger los datos del paciente. Esto incluye el uso de cifrado de datos, firewalls, antivirus, sistemas

de detección de intrusiones y medidas de seguridad física para prevenir el acceso no autorizado. Cuando sea posible, se deben utilizar técnicas de anonimización o pseudonimización para proteger la identidad del paciente en los datos utilizados para fines de investigación o estadísticos. Esto implica eliminar o enmascarar cualquier información que pueda identificar directamente al paciente.
Es esencial cumplir con las leyes y regulaciones aplicables en materia de protección de datos, como el RGPD en la Unión Europea, la HIPAA en los Estados Unidos y otras normativas locales. Esto incluye el cumplimiento de los principios de privacidad, el manejo adecuado de las violaciones de seguridad y la notificación oportuna a las autoridades competentes en caso de brechas de datos. Se deben realizar auditorías periódicas para evaluar y garantizar el cumplimiento de las políticas y procedimientos de protección de datos. Además, se deben establecer controles internos para monitorear y mitigar cualquier riesgo potencial para la seguridad de los datos.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:
1. Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el auxiliar administrativo en los centros de salud.
2. Implementar medidas de seguridad adecuadas para proteger los datos del paciente.
3. Cumplir las políticas y procedimientos de protección de datos.

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 desempeña un papel crucial en la protección de datos del paciente dentro del ámbito sanitario. La confidencialidad y la privacidad de

la información del paciente son fundamentales para mantener la confianza y la seguridad en la atención médica. A continuación, se detallan algunas medidas y consideraciones importantes relacionadas con la protección de datos del paciente en el ámbito sanitario:

El personal sanitario tiene la responsabilidad de mantener la confidencialidad de la información del paciente. Esto implica no divulgar ni compartir información médica o personal sin el consentimiento del paciente, a menos que exista una obligación legal o una emergencia que requiera revelar la información. Además, el acceso a los registros médicos y otros datos del paciente debe estar restringido solo al personal autorizado que necesita dicha información para brindar atención médica. Los profesionales sanitarios deben utilizar contraseñas seguras y tomar precauciones adicionales para evitar el acceso no autorizado a la información del paciente.

Antes de recopilar, almacenar o compartir información del paciente, el personal sanitario debe obtener el consentimiento informado del paciente. Esto implica informar al paciente sobre cómo se utilizará su información y obtener su aprobación para dichos fines.

El personal sanitario debe seguir las mejores prácticas en cuanto a seguridad de la información para proteger los datos del paciente. Esto incluye el uso de sistemas de almacenamiento seguros, la encriptación de datos, la protección contra el malware y el acceso seguro a los sistemas de información médica. También debe cumplir con las leyes y regulaciones aplicables en materia de protección de datos, como el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) en la Unión Europea o la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) en los Estados Unidos. Esto implica comprender las obligaciones legales y asegurarse de que se cumplan en todo momento. Es importante que el personal sanitario reciba formación adecuada sobre la protección de datos y la privacidad del paciente. Esto incluye la comprensión de las políticas y procedimientos internos, así como la sensibilización sobre las mejores prácticas en la gestión de datos y la protección de la privacidad.

Cuando los datos del paciente ya no sean necesarios, el personal sanitario debe asegurarse de eliminarlos de manera segura. Esto implica seguir los protocolos establecidos para la eliminación de registros médicos y otros datos personales, evitando la posibilidad de recuperación no autorizada.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel vital en la protección de datos del paciente dentro del ámbito sanitario. La confidencialidad y la privacidad de la información médica son fundamentales para mantener la confianza y la seguridad en la atención médica. Para garantizar la protección de datos del paciente, el auxiliar administrativo debe obtener el consentimiento informado, restringir el acceso a la información, implementar medidas de seguridad de la información, cumplir con las leyes y regulaciones aplicables, realizar auditorías y controles internos, recibir formación adecuada y asegurarse de una conservación y eliminación segura de datos.
Al tomar estas medidas, el auxiliar administrativo contribuye a garantizar la confidencialidad y la privacidad de los datos del paciente, evitando la divulgación no autorizada y protegiendo la información médica sensible. La protección de datos del paciente es un aspecto esencial para brindar una atención médica de calidad y mantener la confianza entre los pacientes y los profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/proteccion-de-datos-ambito-sanitario/
2. https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-12/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf
3. https://ayudaleyprotecciondatos.es/sanitarios/

Capítulo 281

EL CELADOR EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE UN CENTRO SANITARIO. FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE Y CON EL RESTO DE LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES

JULIAN GUIJARRO HERNAIZ

MERCEDES SALCEDO RUIZ

MARÍA ASUNCIÓN RUBIO RODRIGO

1 Introducción

Las consultas externas de un centro sanitario es la localización física donde se llevan a cabo consultas de las diferentes especialidades médicas.
Las consultas externas pueden encontrarse en los centros de salud y en una localización anexa a los centros hospitalarios. El número de especialidades depende de la cartera asistencial que abarque cada institución sanitaria, variando de unas instituciones a otras. Por noma general, aquellos centros de salud o centros hospitalarios que cuentan con un gran cupo de pacientes dispondrán de la mayoría de las especialidades, sin embargo, en aquellos centros de salud o centros hospitalarios que cuentan con un cupo de pacientes más reducido, contará con las

especialidades más demandadas, siendo derivados estos pacientes a otros centros de salud para las consultas del resto de especialidades médicas.
En las consultas externas se llevan a cabo actuaciones de diagnóstico, tratamiento, curación, prevención o seguimiento de un paciente con base a la historia clínica de este y a su exploración física.
Antiguamente, las consultas externas ocupaban un lugar secundario frente a las unidas que se encontraban en atención especializada, sin embargo, en la actualidad se le ha otorgado la relevancia que requiere su actuación, por lo que se le ha dado más importancia a la actuación ambulatoria en la atención primaria.

2 Objetivos

- Definir el concepto de consultas externas.
- Enumerar las funciones llevadas a cabo por los celadores en las consultas externas con el resto de las categorías profesionales.
- Enumerar las funciones llevadas a cabo por los celadores en las consultas externas con los pacientes, usuarios o familiares.

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 llevadas a cabo por los celadores en las consultas externas con el resto de las categorías profesionales.
• Auxiliarán al equipo médico con la movilización o sujeción del paciente que se le requiera.
• Auxiliará al equipo de enfermería durante la cura de heridas. En la mayoría de las ocasiones esta ayuda se limita a movilizar al paciente y sujetarlo.
• Ayudarán al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la colocación del material sanitario y no sanitario proveniente del almacén, que no sea colocado por los celadores del almacén.

• Ayudarán al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la colocación de los sueros provenientes del servicio de farmacia, que no sea colocado por los celadores de farmacia.
Funciones llevadas a cabo por los celadores en las consultas externas con los pacientes domiciliarios.

• Se encargarán de orientar a los pacientes por las distintas ubicaciones de las consultas externas.
• Se encargarán de informar de la localización de las distintas consultas externas del centro de salud, del centro de especialidades, o del centro hospitalario.
• Se encargarán de acompañar a los pacientes a la puerta de la consulta.
• Se encargarán de mantener un control de las zonas comunes de la institución sanitaria, pidiendo que se guarde silencio tanto en las zonas comunes como en las inmediaciones de las consultas.
• Se encargarán de vigilar el correcto funcionamiento del material sanitario disponible para el usuario y el paciente, como pueden ser; camillas y sillas de ruedas. En caso contrario, deberá avisar a su jefe más inmediato para que de parte al servicio de mantenimiento.
• Se encargará de instruir al usuario y paciente del correo funcionamiento de los enseres de la institución sanitaria, como pueden ser: camilla, silla de ruedas, persianas, estores, ventanas, máquinas expendedoras de alimentos y bebidas…

Funciones llevadas a cabo por los celadores en las consultas externas con los pacientes hospitalarios.
• Se encargarán de trasladar a los pacientes ingresados desde las plantas de hospitalización hasta la consulta.
• Se encargarán de trasladar a los pacientes ingresados que ya han recibido la consulta, hasta la planta de hospitalización dónde se encontraban.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado "El celador en las consultas externas de un centro sanitario. Funciones del celador con el paciente y con el resto de las categorías profesionales" nos demuestra la gran variedad de funciones llevadas a cabo por los celadores adscritos al servicio de consultas externas.
Como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo científico, la mayoría de las actuaciones llevadas a cabo por los celadores consisten en vigilar y controlar el correcto uso del material de la institución sanitaria, informar a los

pacientes de la ubicación de los servicios y de auxiliar al resto de categorías con la movilización y sujeción del paciente.

6 Bibliografía

- 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.
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 282

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN HOSPITALES

ROCIO MARTÍNEZ LEAL

AMPARO SÁNCHEZ MORA

MERCEDES MARIN VIOSQUEZ

1 Introducción

El servicio de urgencias en hospitales es una unidad especializada que brinda atención médica inmediata a pacientes que presentan enfermedades o lesiones agudas que requieren evaluación, tratamiento y estabilización rápida. El objetivo principal del servicio de urgencias es proporcionar atención médica oportuna y adecuada a los pacientes en situaciones de emergencia.

Cuando un paciente llega al servicio de urgencias, es recibido por personal de recepción o por un enfermero de triaje. Se evalúa la gravedad de la condición del paciente utilizando un sistema de triaje para determinar la prioridad de atención. Después del triaje, el paciente es evaluado por un médico o personal de enfermería capacitado. Se realiza una evaluación inicial para determinar la naturaleza de la enfermedad o lesión y se toman las medidas necesarias para estabilizar al paciente.

Una vez realizada la evaluación, se inicia el tratamiento adecuado según la condición del paciente. Esto puede incluir la administración de medicamentos, la realización de procedimientos médicos o la preparación para una intervención quirúrgica de emergencia.

Además, el servicio de urgencias está equipado para brindar soporte vital avanzado a los pacientes en situaciones críticas. Esto puede incluir la reanimación cardiopulmonar (RCP), la intubación endotraqueal, la administración de medicamentos para mantener la presión arterial o la ventilación mecánica. En casos en los que se requiere atención especializada, el personal del servicio de urgencias puede coordinar la transferencia del paciente a unidades especializadas dentro del hospital, como la unidad de cuidados intensivos (UCI) o la unidad de traumatología.
El servicio de urgencias está preparado para manejar situaciones de emergencia en masa, como desastres naturales o accidentes con múltiples víctimas. Se implementan planes de emergencia y se coordina la respuesta con otros servicios de emergencia en la comunidad.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:
1. Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el auxiliar administrativo en los centros de salud.
2. Respetar y mantener la privacidad de los pacientes y la confidencialidad de su información médica
3. Proporcionar información sobre prevención de enfermedades

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 desempeña un papel crucial en el servicio de urgencias de un hospital al brindar apoyo administrativo y logístico para garantizar un flujo eficiente de trabajo.

La primera función importante es que el auxiliar administrativo es responsable de recibir a los pacientes que llegan al servicio de urgencias, recopilar su información personal y médica, y registrarla correctamente en el sistema informático del hospital. Además, ayuda a coordinar y programar las citas de los pacientes, asegurándose de que se asignen los tiempos adecuados a cada caso y siguiendo los protocolos establecidos.

Esto implica mantener organizados los registros médicos de los pacientes, archivar y gestionar los documentos relacionados con los procesos de atención médica y asegurarse de que estén disponibles cuando sea necesario. El auxiliar administrativo colabora en la gestión de los recursos necesarios para el servicio de urgencias, como suministros médicos, material de oficina, equipos y otros elementos esenciales. También puede encargarse de realizar pedidos y mantener el inventario actualizado. Y también puede encargarse de atender las llamadas telefónicas, proporcionar información básica a los pacientes y sus familias, y transmitir mensajes importantes a los miembros del personal médico.

En colaboración con el personal de facturación, el auxiliar administrativo puede ayudar en la gestión de los procedimientos de facturación y los trámites con las compañías de seguros, asegurándose de que se sigan los protocolos adecuados y se registren correctamente los servicios prestados. El auxiliar administrativo debe respetar y mantener la privacidad de los pacientes y la confidencialidad de su información médica, siguiendo las regulaciones y políticas de protección de datos establecidas. Estas son solo algunas de las funciones que puede desempeñar un auxiliar administrativo en el servicio de urgencias de un hospital. Es importante destacar que las responsabilidades pueden variar según el hospital y la estructura organizativa específica.

Además de la atención médica, el servicio de urgencias también puede desempeñar un papel importante en la educación y la promoción de la salud. Puede proporcionar información sobre prevención de enfermedades, primeros auxilios y cómo actuar en situaciones de emergencia. El servicio de urgencias en hospitales es una parte vital del sistema de atención médica, ya que proporciona atención inmediata a aquellos que necesitan atención urgente. El personal que trabaja en el servicio de urgencias debe estar capacitado para manejar situaciones médicas urgentes y de alta presión, y trabajar en equipo para garantizar la mejor atención posible a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en el servicio de urgencias en hospitales al proporcionar apoyo administrativo y logístico. Su trabajo contribuye a garantizar un flujo eficiente de trabajo y a brindar una atención de calidad a los pacientes en situaciones de emergencia. Algunas de las funciones clave que realiza incluyen la recepción y registro de pacientes, la gestión de citas y agendas, tareas de archivo y documentación, la coordinación de recursos, la atención telefónica y comunicación, la facturación y gestión de seguros, y mantener la privacidad y confidencialidad de la información de los pacientes.

Estas responsabilidades ayudan a mantener el orden y la eficiencia en el servicio de urgencias, permitiendo que el personal médico se concentre en brindar atención médica de calidad y responder de manera oportuna a las emergencias. En definitiva, el auxiliar administrativo juega un papel vital en el funcionamiento efectivo del servicio de urgencias en hospitales.

6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/#::text=Las%20funciones%20espec%C3%ADficas%20del%20auxiliar,registro%20y%20realizan%20tareas%20administrativas.
2. https://es.scribd.com/document/456031587/auxiliar-administrativo-urgencias
3. https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-servicio-urgencias/

Capítulo 283

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO: DANDO SENTIDO A LA PRÁCTICA

ROBERTO VILLORA GÓMEZ

MARIA BEGOÑA PEREZ GARCIA

SOL VIRGINIA CASTELLANOS FERNANDEZ

VIRGINIA CALERO CASTELLANOS

FRANCISCO CALERO CASTELLANOS

1 Introducción

Todos los profesionales que se encuentran ubicados en unidades de radiología o imagen para el diagnóstico, deben contar con la formación suficiente y necesaria para poder identificar los riesgos que se derivan del uso del espacio físico en el que se encuentran, así como ser conscientes, y estar concienciados, de llevar a cabo las medidas de prevención tanto primaria como secundaria, necesarias para protegerse a sí mismos, como a los compañeros/as y el resto de usuarios o pacientes que utilicen las diferentes instalaciones.
En este sentido, la labor del auxiliar administrativo se centra en identificar las citas de los pacientes, registrarlas e informar de la ubicación física en al que deben

esperar para ser llamados por parte de los profesionales técnicos del servicio de radiodiagnóstico, además de establecer la secuenciación de citaciones que deben llevarse a cabo, evitando la acumulación, y las esperas innecesarias, organizando los espacios en relación a las diferentes demandas.
Del mismo modo, es importante destacar que la cualificación de los profesionales relacionados con la gestión administrativa de los servicios de radiodiagnóstico, deben permitir servir como recurso de apoyo para los especialistas, logrando de esta manera minimizar las posibles complicaciones derivadas de la gestión y citaciones de pacientes, cuya organización funcional precia de protocolos que secuencien la estancia de los usuarios en el servicio tomando en consideración la prevención, así como la mejora de la funcionalidad, la eficacia y la eficiencia.
Hay que destacar que los auxiliares administrativos son responsables de las funciones relativas a la comunicación primaria con los pacientes, explicándoles las características generales del estudio, así como la comprobación de si el paciente ha seguido las instrucciones de preparación previas a la prueba, y que se consideran fundamentales para su adecuada ejecución.

2 Objetivos

- Identificar las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico de los centros sanitarios.
- Valorar la importancia de las funciones del auxiliar administrativo en los servicios de radiodiagnóstico, más allá de las gestiones directas de los pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios transversales, descriptivos no experimentales, en las bases de datos de Pubmed, Medline, Elsevir, Redalyc y Scielo, seleccionando artículos publicados en los últimos 6 años relacionados con las funciones de los auxiliares administrativos en los servicios sanitarios de radiología e imagen para el diagnóstico.
Palabras clave: auxiliar administrativo, funciones, radiodiagnóstico, salud.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos que desarrollan su práctica profesional en los servicios de radiodiagnóstico de los diferentes centros sanitarios, además de llevar a

cabo las funciones de asesoramiento y gestión de las citaciones de los pacientes, deben desarrollar una serie de competencias que van más allá, y que se vinculan con la comunicación directa en primera persona con el paciente, resolviendo dudas, verificando el cumplimiento de las instrucciones de las preparaciones de las pruebas, etc.

En este sentido, la revisión bibliográfica sobre las funciones del auxiliar administrativo en estos servicios pone de manifiesto aspectos importantes como:

- Tener competencia para identificar signos normales en el paciente, así como el buen estado general, o la presencia de incapacidad o alteraciones de diferente tipo superficial, y siempre en un plano psicosocial.
- Tener capacidad para la coordinación y el liderazgo, así como la gestión de situaciones conflictivas, detectando problemas o incidencias en la coordinación o colaboración.
- Conocer el uso y utilización de determinados fármacos específicos usados en pruebas de radiodiagnóstico, así como sus efectos o alergias, siempre desde una perspectiva general, y vinculado a las instrucciones facultativas previas a la realización de las diferentes pruebas de imagen para el diagnóstico.

El buen funcionamiento de estas unidades, y el ajuste competencial de los auxiliares administrativos a estos servicios, se relaciona con una adecuada jerarquización de la estructura del servicio, contando con un equipo multidisciplinar: médicos, personal de enfermería, auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos, así como celadores; donde se establezca un espacio concreto para desarrollar las diferentes actuaciones, tanto dirigidas a la obtención de imágenes para el diagnóstico, la realización de pruebas terapéuticas, y la atención directa, propia en este caso de los auxiliares administrativos entre otros.

Es importante destacar también, que dentro de las funciones del auxiliar administrativo se encuentran todas aquellas que están relacionadas con el apoyo y la atención psicosocial también, ya que aspectos como el trato educado y respetuoso, la resolución de dudas, la incertidumbre tanto del paciente, como de su familia, son atendidas por estos profesionales, sin reconocerse esta labor dentro de sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

Las unidades de radiodiagnóstico son fundamentales dentro del sistema sanitario de un país, tal y como ha quedado demostrado en diferentes estudios, y de manera más específica después de la reciente pandemia. Del mismo modo, los equipos multidisciplinares que forman estos servicios deben contar con una formación y

cualificación específica que mejore la funcionalidad del servicio y la calidad del mismo, tanto en lo que se refiere a la percepción de los profesionales, como al impacto que tiene en la satisfacción de los pacientes. No obstante, se identifica un vacío en este sentido, especialmente en lo que se refiere a la formación de los profesionales de estos equipos, concretamente en lo que respecta a la cualificación de los auxiliares administrativos, a los que no se les dota de la formación y competencia necesaria para desarrollar el conjunto de funciones que desempeñan, y que van más allá de la propia gestión administrativa.

6 Bibliografía

1. Pinos PD, Sicilia LR. Bioetica en Radiodiagnóstico. Como los principios de la bioética pueden ayudarnos a ser mejores profesionales. Seram. 2022 May 26;1(1).
2. Johnny VB. Cuidados generales en las diferentes técnicas de diagnóstico por imagen. Retos actuales en las Ciencias de la Salud.:95.

Capítulo 284

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ARCHIVO HOSPITALARIO

LIDIA MONOSOR OROZCO

LIDIA BENITA GARRIDO

MARÍA ELENA GARCÍA GARCÍA

MARI CRUZ MAIZ NAVALON

DARIO MARTINEZ ROMERO

1 Introducción

Debido a que su trabajo es gestionar la información de forma ordenada y segura, asegurando la correcta conservación y acceso a los documentos, toda organización que gestiona y produce documentos necesita un auxiliar administrativo en el archivo.
La función principal del auxiliar administrativo en este archivo es categorizar y organizar la documentación que produce la organización, al mismo tiempo que la mantiene actualizada y de fácil acceso para su uso por las distintas unidades de negocio de la empresa. Este puesto requiere una amplia gama de habilidades y competencias, además de una gran responsabilidad.
Entre las principales responsabilidades del auxiliar administrativo en el archivo se encuentran la gestión de la documentación confidencial, la organización de documentos en diversos formatos y la atención de solicitudes de información.

Actualmente, la mayor parte de la información del archivo se encuentra en formato digital, por lo que, además de realizar las funciones antes mencionadas, el asistente administrativo debe tener conocimientos de tecnología.
El auxiliar administrativo a cargo del archivo debe tener conocimientos sobre el uso de bases de datos, suministros de oficina y software de gestión de documentos.
El auxiliar administrativo de ficheros es un perfil profesional que necesita unas competencias específicas y una formación adecuada en la gestión documental dentro de la organización para poder desempeñar con eficacia sus responsabilidades y garantizar su correcto funcionamiento.

2 Objetivos

-Identificar los deberes y las responsabilidades claves del auxiliar administrativo en el archivo para comprender su importancia dentro de este servicio.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.
Se encontraron artículos científicos seleccionados de publicaciones académicas revisadas por pares a través de una búsqueda sistemática de libros y artículos en los siguientes sitios web de Google.

4 Resultados

Cualquier organización necesita un auxiliar administrativo para ayudar con la gestión de documentos, pero los hospitales los requieren aún más debido al gran volumen de datos y registros médicos que deben generarse y organizarse.
Uno de los deberes principales del auxiliar administrativo de archivo en un hospital es la gestión y organización de los registros médicos porque estos registros contienen información crítica sobre la salud y el historial médico de los pacientes y deben almacenarse y administrarse adecuadamente. Para lograr esto, el asistente administrativo a cargo del archivo debe ejercer un control estricto sobre los registros médicos y asegurarse de que estén debidamente ordenados y sean sencillos de encontrar para cualquier persona que necesite recuperarlos.

Además, el auxiliar administrativo de archivo debe asegurarse de que toda la documentación relacionada con el hospital esté ordenada y clasificada correctamente para que sea fácil de localizar y recuperar cuando sea necesario.
Puede hacer esto empleando una variedad de técnicas para catalogar, ordenar alfabéticamente y clasificar, incluida la numeración. Además de realizar un seguimiento de las fechas de creación, acceso, modificación y eliminación de cada documento y archivo, también debe mantener una lista actualizada de todo.
Debido a que contienen información completa sobre la salud y el historial médico de cada paciente, los registros médicos son un requisito en cualquier hospital. El auxiliar administrativo que lleve el expediente deberá conocer las normas y leyes que regulan la gestión documental y la protección de datos de carácter personal a fin de garantizar la privacidad y confidencialidad de la información de la historia clínica.
Además, la gestión de registros médicos requiere un conjunto único de habilidades profesionales y técnicas, incluida la capacidad de catalogar, clasificar y preservar documentos, al tiempo que garantiza su accesibilidad y recuperación cuando sea necesario. Muchos hospitales utilizan software especializado para administrar registros y documentos médicos, por lo que el asistente administrativo que trabaja en el archivo debe tener conocimientos básicos de informática y tecnología.

5 Discusión-Conclusión

Dado que el trabajo del auxiliar administrativo es fundamental para el buen funcionamiento del archivo y la adecuada gestión de los registros médicos de los pacientes, es imperativo enfatizar la importancia del auxiliar administrativo en el contexto de un hospital.
Una de las funciones más importantes que realiza el auxiliar administrativo en los archivos es la gestión y manejo de las historias clínicas, las cuales son registros indispensables para el seguimiento y tratamiento de los pacientes. Para que el tratamiento continúe y la atención médica sea de alto nivel, estos registros deben administrarse y almacenarse adecuadamente.
En conclusión, el auxiliar de archivo administrativo es un actor fundamental en el ámbito hospitalario, cuya labor es fundamental para garantizar una correcta gestión y organización de las historias clínicas de los pacientes, lo que contribuye a elevar el nivel asistencial.

6 Bibliografía

-www.revistamedica.com
-www.google.com

Capítulo 285

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS FUNDAMENTOS EN GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

LIDIA MONOSOR OROZCO

MARI CRUZ MAIZ NAVALON

LIDIA BENITA GARRIDO

MARÍA ELENA GARCÍA GARCÍA

DARIO MARTINEZ ROMERO

1 Introducción

Nuestra definición de una organización es una colección de acciones que han sido planeadas y coordinadas de antemano por un grupo de individuos para lograr metas específicas.
Se pueden formar equipos para completar las tareas correctas, definiendo claramente el trabajo que debe realizarse y creando una jerarquía de roles y autoridades.
Se enfoca en establecer objetivos de beneficio mutuo que están directamente relacionados con la forma en que interactúan entre sí y con su entorno.

El sistema de salud está perfectamente coordinado y estructurado en términos de protocolos y estándares para asegurar el correcto funcionamiento de equipos multidisciplinarios con objetivos precisos y definidos.
La estructura organizativa del sistema sanitario puede variar en función de la burocracia y las leyes de cada comunidad autónoma.
Puede comparar la salud con varias instituciones. Estos están integrados por organizaciones que ofrecen una gama de servicios médicos y de salud, cuyo objetivo principal es la capacidad de ofrecer una atención adecuada en aquellas áreas que están directamente asociadas con la salud.
En el área de hospitalización de los centros de salud de atención primaria, la enfermedad de los auxiliares podrá ser atendida de forma ambulatoria, en hospitales, o en otros establecimientos que brinden atención primaria y especializada.

2 Objetivos

Dejar en claro los principios fundamentales de los técnicos auxiliares administrativos que trabajan en la industria de la salud, así como su estructura principal.

3 Metodología

Se utilizaron las bases de datos más importantes, Medline, Pubmed, Scielo y el buscador Google Scholar, para realizar una revisión bibliográfica para la elaboración de este trabajo de investigación.
Se han combinado filtros y descriptores con términos de búsqueda, como ”organización sanitaria en centros de salud”.

4 Resultados

Haciendo un uso eficaz de todos los recursos y herramientas a su alcance, la gestión hospitalaria busca proporcionar a los pacientes una atención médica adecuada, de calidad y más eficaz.
El principal objetivo de la gestión hospitalaria es hacer que el hospital sea mejor y más acogedor para los pacientes, haciendo el mejor uso de los recursos a su disposición.
Ser capaz de ofrecer los mejores servicios es crucial para la gestión hospitalaria porque las funciones de enfermería requieren personal dedicado y todo el equipo necesario.

Debido a que trabajamos con personas y tenemos el potencial de salvar vidas, es esencial utilizar técnicas de atención médica adecuadas.
Un organigrama debe ser preciso e impecable para garantizar la mejor atención hospitalaria posible. Aunque hay varias formas de poder desglosar la estructura organizativa de un hospital, nos concentraremos en la forma en que se utiliza realmente.
Los hospitales públicos suelen tener una estructura organizativa tradicional con altos directivos en la parte superior y todos los demás profesionales con niveles inferiores de responsabilidad por debajo. Los hospitales privados tienen estructuras organizacionales comparables, pero la junta directiva tiene la autoridad para modificarlas y elegir gerentes en puestos clave.
Los trabajadores que se enumeran a continuación forman parte de la estructura organizativa establecida en hospitales y otras instalaciones médicas.
- Personal de apoyo administrativo y de gestión, incluidos operadores telefónicos, jefes de oficina, limpiadores y auxiliares administrativos.
Los médicos, los enfermeros, los auxiliares de enfermería y otros técnicos de salud hospitalaria se clasifican como profesionales de la salud.
- Los gerentes encargados de supervisar, de dirigir y de evaluar las tareas relacionadas con los servicios generales que prestan los empleados al servicio de los hospitales.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto que la estructura del hospital y las funciones asignadas a cada una de sus especialidades tienen un impacto directo en su buen funcionamiento.
Para ello se crea una estructura organizativa, con la dirección en la cúspide y otros empleados del hospital y supervisores de diversos campos y especialidades, trabajando por debajo para formular e implementar todos los elementos necesarios para el funcionamiento eficaz del hospital.
Es fundamental nombrar una serie de supervisores que estarán a cargo de asegurarse de que cada área específica funcione correctamente, supervisando a su equipo y brindando la orientación necesaria para esa operación.

6 Bibliografía

-www.revistamedica.com
-www.google.com

Capítulo 286

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE EL TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

JULIAN GUIJARRO HERNAIZ

MERCEDES SALCEDO RUIZ

MARÍA ASUNCIÓN RUBIO RODRIGO

1 Introducción

Los celadores pertenecen a la dirección de gestión y servicios de las instituciones sanitarias, encontrándose en la escala general del personal subalterno. Este personal se encarga de aquellas labores que no pertenezcan a ninguna clase profesional y no demanden de una preparación académica reglada, por lo tanto, estas labores no serán específicas de ninguna rama sanitaria.
Las funciones de los celadores se pueden encontrar en la orden del 5 de julio de 1971, en el artículo 14.2.
El primer artículo que encontramos en dicha orden hace referencia al traslado de documentación, objetos y enseres sanitarios y no sanitarios (14.2.1):
Es necesario destacar que, durante el desarrollo de sus funciones, los celadores no podrán dar a conocer el contenido de la documentación escrita que traslade, del mismo modo, no podrá hacer comentario alguno sobre las comunicaciones orales que le encomienden de los pacientes, orientando cualquier consulta al médico

responsable de estos. Infringir la normativa vigente sobre la protección de datos de pacientes y usuarios es vulnerar los derechos de las personas en cuanto a su intimidad y diagnóstico médico, por lo que se puede incurrir en una falta muy grave, lo que conlleva la apertura de un parte disciplinario del profesional que cometa dicha falta.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del personal subalterno sobre la labor de trasladar documentación clínica dentro del centro sanitario.

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 celadores serán los encargados de trasladar cualquier documento oficial, comunicación, muestra, enseres, objetos … además del traslado de los pacientes desde un servicio sanitario a otro servicio dentro de la institución sanitaria.
Traslado de comunicaciones orales.
El personal subalterno trasladará toda comunicación oral que le sea encargada por:
• Compañeros.
• Jefe de personal subalterno.
• Superiores más inmediatos (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, enfermeros, técnicos en imagen y radiodiagnóstico, auxiliares administrativos…)
• Médicos especialistas del servicio en el cual se encuentre adscrito el celador.
• Cualquier profesional con autorización para ello.
Las comunicaciones orales pueden ser:
• Instrucciones para seguir.
• Mensajes.
• Información relevante sobre un paciente.

El destinatario podrá ser cualquier persona relacionada con el entorno sanitario, pudiendo ser:
• Pacientes, usuarios o familiares.
• Compañeros de la misma categoría laboral.
• Compañeros de otras categorías laborales superiores.
• Jefes de personal subalterno.
• Supervisores de planta, de servicio o de enfermería.
Traslado de documentación clínica.
Los celadores que desarrollen su actividad en un servicio de hospitalización deberán trasladar la documentación de las historias clínicas de un paciente que ha sido dado de alta, desde la planta de hospitalización hasta el archivo general del centro hospitalario.
Los celadores deberán trasladar las historias clínicas de los pacientes que trasladan para la realización de pequeñas intervenciones no invasivas, o para aquellas intervenciones más invasivas.
El celador deberá asegurarse de que la historia clínica corresponde con el paciente antes de realizar el traslado de ambos.
Traslado de correspondencias.
En los centros sanitarios existe la figura de un celador que se encarga del correo y la correspondencia de cada uno de los servicios sanitarios del centro. Este celador se le conoce como "el celador enlace", ya que es la persona encargada de trasladar la correspondencia de todas las secretarias de todos los centros de salud y el centro hospitalario hasta el servicio de correos.

5 Discusión-Conclusión

Las certezas que se presentan anteriormente en este trabajo científico nombrado "La actuación el celador en el traslado de documentación clínica en las instituciones sanitarias" nos expone cada uno de los traslados ejecutados por los celadores durante el desarrollo de su puesto laboral dentro de la institución sanitaria.
Es de vital importancia acordarse que el personal subalterno traslada todo tipo de documentación clínica o personal, y por ello debe mantener la protección de datos a cada instante, considerándose una falta muy grave la utilización de esta información para cualquier motivo, incluido un motivo personal. Incurrir en una falta muy grave por no llevar a cabo la protección de datos puede conllevar al personal subalterno la suspensión de empleo y sueldo y la separación firme del servicio.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
3. 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 287

LA DIVERSIDAD CULTURAL EN LOS CENTROS SANITARIOS POR PARTE DEL AUXILIAR ADMNISTRATIVO

NURIA GARCÍA MUÑOZ

MARÍA CRISTINA FERNÁNDEZ ACEBEDO

MARIA DEL VALLE DIAZ MEJIAS

MARIA DEL ROCIO PEREZ BRAOJOS

EVA MARIA MARTIN PATIÑO

1 Introducción

Es fácil en nuestra sociedad en este momento
La movilización y la capacidad de viajar por el mundo ya sea por placer, trabajo o necesidad ha llevado a un verdadero cambio, revolución, transformación y adaptación.
Es representativo de muchas culturas. No nos preocupa esta realidad y cómo lidiamos con la situación y las diferencias de idioma que afectan nuestra comunicación diaria.
El campo de la salud evita esto. Por lo tanto, es necesario considerar algunas pautas de comunicación multicultural para garantizar una buena relación afectiva.
Concéntrese en los inmigrantes que vienen en busca de atención médica. Solo saber cómo se comunican y reflexionan las diferentes culturas. la nuestra, también podemos cambiar las actitudes personales

Promover el entendimiento mutuo: por lo general, no hay choque cultural, pero El conflicto de la ignorancia es un conflicto entre sujetos, no entre culturas. Este capítulo es el producto de una combinación de análisis de conocimientos técnicos Experiencia profesional basada en la práctica de la comunicación entre culturas. Para ello se recopilan datos especializados sobre diversos intercambios culturales para brindar soluciones prácticas con un propósito
Describir varios aspectos que apoyan, ayudan y facilitan la comunicación de salud con las comunidades inmigrantes. centros de salud y así evitar disturbios y desinformación.

2 Objetivos

- Asistente administrativo analiza la comunicación entre culturas
Promoción de la atención sanitaria a los inmigrantes. - Introducir los principales aspectos de la comunicación verbal y no verbal
Intercambio entre culturas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una los puntos a tener en consideración para que logremos entendernos con los diversos inmigrantes que vienen demandando información o asistencia a las consultas sanitarias es la comunicación no verbal. Esta nos muestra las emociones y los estados de ánimo del individuo que tenemos delante y asimismo, mostramos las nuestras. En cada cultura existen disímiles modos de expresar sentimientos o emociones y pensamientos que se traducen en elementos de comunicación corporal.
Según la RAE, La cultura es la asociación de prácticas, conocimientos, símbolos y creencias y costumbres que elabora un grupo social con la finalidad de adaptarse

a su entorno. Por tanto, la cultura de un grupo en la corporación de particularidades únicas que distingue a sus miembros de otro grupo. Cuando describimos culturas a menudo hacemos estereotipaciones, error frecuente, ya que no podemos predecir el comportamiento de individuos ni por un rasgo concreto ni definir por estos estereotipos a toda una cultura.

El profesional auxiliar administrativo tiene un contacto directo de acercamiento físico y personal, así como contacto visual que logra incomodar a muchas culturas. A veces, cuando tratamos a sujetos de diferentes culturas, desde la perspectiva de la nuestra, caemos en el error de elevar el tono de la voz o emplear frases cortas con verbos en infinitivo.

En los centros sanitarios, se han dado casos de sudamericanos que se sienten cohibidos con nuestro modo directo de hablar en un tono elevado y una entonación contundente. A menudo surgen malos entendidos cuando se trata de comunicar una sintomatología que no se saben trasladar a un idioma que no conocen. Una de las claves para intentar mitigar estos escenarios en entre brindar la comunicación no verbal o corporal de los/as individuos, tales como el movimiento de las manos, la expresión de la mirada, la distancia entre interlocutores, las expresiones faciales, la sonrisa, el silencio o la vestimenta.

Como apunta Xavier Guix: "Hay una realidad de la que no podemos escapar cuando nos relacionamos, ni nos vemos, ni nos oímos a nosotros mismos". A esta sabía reflexión hay que añadir tres leyes intrínsecas de la comunicación humana:

1. La verdad no es lo que expone el emisor, sino lo que entiende el receptor.
2. Cuando el receptor dilucida mal el mensaje del emisor, el culpable es siempre el emisor (excepto que el receptor no quiera escuchar).
3. Toda comunicación implica un aspecto de contenido, y un aspecto de relación, que condiciona el contenido.

Si a todo esto le añadimos el elemento cultural (idioma, concepción del mundo, etc.) el proceso de comunicación entre culturas se complica aún más. Para intentar mitigar esta realidad, existen unos facilitadores universales que ayudan a que la relación sea sobre todo humana como la empatía, la escucha activa, mirar a los ojos, la atención, respetar, aceptar, claridad, resolver problemas y no hacer culpables a los otros.

A pesar de los facilitadores universales de la comunicación, hay que tener cuidado de dilucidar el comportamiento de un miembro de una cultura según los valores de la propia, ya que esta situación logra dar lugar a interpretaciones desafortunadas. Se debe estar alerta a posibles diferencias culturales y comunicativas respecto al significado de las palabras, los temas de conversación sean adecuados o temas tabús que logran ser mal vistos hablarlo en público, las interrupciones,

las pausas entre los enunciados de los y entre locutores, el grado de formalidad o hasta qué punto las cosas se dicen de modo directo o indirecto.
A continuación, se exponen una serie de aspectos para evitar malentendidos cuando se trata con sujetos de otras culturas:
- Buscar señales no verbales que indiquen confusión o vergüenza, para tratar de relajar la situación.
- Observar la falta de obstáculos. Si nunca hacen preguntas, logran que esté cayendo en el monólogo.
- Atender si el interlocutor hace esfuerzos por cambiar de tema, logra ser señal de que no haya entendido el mensaje.
- Atención si el otro se ríe cuando no toca, logra denotar que algo no va bien.
- Cuidado con el "si" que significa "si, he oído su pregunta" en lugar de "si, le he entendido".
- Alerta si se reciben respuestas positivas a preguntas negativas, ya que algo no cuadra.
- Evitar frases largas con demasiadas ideas.
- Haga que el locutor repita lo que se quiere transmitir.
- Dejar tiempo para que el otro pueda hacer preguntas.

5 Discusión-Conclusión

En un mundo globalizado, trabajar en la atención sanitaria implica enfrentarse a una serie de retos relacionados con la interculturalidad, como logran ser el nivel de entendimiento, los choques culturales, o incluso las posibles agresiones.
Para entender cómo se relacionan los sujetos no solo se debe tener en consideración la cultura de la que proceden, sino asimismo, el contexto, el entorno y la sociedad de la que proceden y a la que emigran. En el fondo, los valores y la gestión de las emociones subyacen de nuevo, puesto que están en la base de cualquier contacto humano.
Es obvio que, en materia de la atención personalizada a individuos procedentes de otros países en un centro de salud, hay que pormenorizar las generalizaciones y la interpretación de la información desde el prisma de nuestros valores y patrones culturales, según las circunstancias en que se lleve a cabo el trabajo. Para ello, es indispensable precisar una serie de aspectos a tener en cuenta para evitar malentendidos y facilitar la comunicación entre culturas.

6 Bibliografía

1. Ni me explico ni me entiendes. Granica. Guix. X.
2. Usos y abusos del concepto de cultura. Cuadernos de pedagogía. Carrasco. S. 2428
3. Vivir entre dos culturas. Serbal, UNESCO. Andizian S, Catani y otros autores.
4. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/inmigracion/inmigra.htm
5. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/capitulo7.pdf

Capítulo 288

LOS PERFILES PROFESIONALES CORRECTOS PARA TRABAJAR COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD PUBLICA

NURIA GARCÍA MUÑOZ

MARÍA CRISTINA FERNÁNDEZ ACEBEDO

MARIA DEL VALLE DIAZ MEJIAS

MARIA DEL ROCIO PEREZ BRAOJOS

EVA MARIA MARTIN PATIÑO

1 Introducción

El Puesto de Admisión y Documentación Clínica) es una estructura de apoyo hospitalario basada en la gestión de usuarios que podrían ser futuros pacientes, la tramitación de la documentación clínica pertinente y el tratamiento de la información asistencial que se ha generado.
El acceso del paciente a la asistencia sanitaria especializada se verá facilitado por el puesto no asistencial de ingreso y documentación clínica, así como por su función en la gestión de la historia clínica. Supervisa y se encarga de organizar, categorizar, coordinar y priorizar para aumentar la eficacia y eficiencia en el mejor uso de los recursos. También sirve como punto y lugar donde confluyen el usuario/paciente y el posterior proceso de atención.

Este cargo debe cumplir con una serie de criterios fundamentales, entre los que se encuentran brindar capacitación permanente al profesional auxiliar administrativo, buena comunicación interna, conveniente control de procesos, creación de archivos y registros de acuerdo y arreglo con los requisitos legales, y adecuación a un sistema de información homogéneo y confiable. , garantizando la exigencia por ley de las importantes gestiones de protección de datos y derechos de los usuarios/pacientes.
Está integrado por personal sanitario y no sanitario, incluidos administradores, auxiliares administrativos, médicos, enfermeros y técnicos de enfermería. No obstante, los auxiliares administrativos y los encargados de la gestión y rendición de la documentación clínica tanto en los ambulatorios como en los hospitales son los profesionales encargados de gestionar la admisión de usuarios/pacientes.

2 Objetivos

- Determinar los diferentes puestos y áreas que abarca el puesto de admisión y documentación clínica.
- Establecer las funciones que el auxiliar administrativo tiene que desarrollar en el puesto de admisión y de documentación clínica.

3 Metodología

En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos de artículos científicos, como Pubmed y Google Academy, se consulta con personal que trabaja en esta puesto y se trazan las funciones del auxiliar administrativo. Se utilizan palabras clave como: auxiliar administrativo en sanidad, documentación clínica, puesto de admisión.

4 Resultados

Las funciones de los auxiliares administrativos se encaminan a la coordinación de actuaciones y se centran siempre en la asistencia al usuario/paciente, a pesar de que las funciones asignadas a la gestión de la documentación clínica y de ingreso tienen un carácter multidisciplinar y pueden variar en función de las distintas comunidades autónomas. . En la industria de la salud, los asistentes administrativos se pueden encontrar en una variedad de roles, incluidos los relacionados

con hospitalización, cirugía, emergencias, atención ambulatoria, referencias entre centros, secretarías de atención, archivos de registros clínicos, documentación y codificación.

- Ingreso en un hospital.

En este puesto, las principales responsabilidades del asistente administrativo son la gestión de camas, traslados y altas, al mismo tiempo que coordina los procedimientos de admisión y atención.

En relación con la actividad quirúrgica, el auxiliar administrativo debe incorporar usuarios/pacientes a la lista de espera quirúrgica (LEQ), gestionar y controlar la programación del preoperatorio y de la actividad quirúrgica posterior, llevar el control de salidas y movimientos en la lista de espera, y finalmente, coordinar y poder evaluar el proceso de atención.

Cuando se presenta una emergencia, el equipo administrativo debe realizar un seguimiento de los episodios de emergencia y organizar la prestación del cuidado, apoyando las demandas organizacionales de cuidado y atención.

- Tratamiento ambulatorio.

Las responsabilidades del auxiliar administrativo en los centros de consulta externa incluyen la programación y gestión de las distintas agendas, la gestión de las solicitudes y solicitudes de citas, la organización de los procesos asistenciales, incluida la gestión de pacientes en consultas externas, hospitales de día y cualquier trámite que requiera programación previa.

- Derivaciones de otros centros.

En esta oportunidad, los auxiliares administrativos: recibirán, registrarán y gestionarán las solicitudes de asistencia provenientes de otros centros de salud o con inicio en el propio centro; instituir y coordinar con otros centros de atención para el manejo práctico de los casos que requieran atención urgente o atención específica; informar y encontrar al paciente potencial para su derivación; tramitar la solicitud de asistencia y la documentación clínica necesaria, velando siempre por la protección de datos a todos los niveles;

Secretarías de asistencia.

Sus funciones incluyen la adecuada planificación, coordinación y supervisión de las tareas administrativas relacionadas con la documentación clínica, incluidos los informes clínicos, la conservación de las historias clínicas, etc., y las relacionadas con el ingreso.

Controlar la documentación para la atención médica.

Un auxiliar administrativo que gestiona la documentación clínica es el encargado de salvaguardar, conservar y gestionar toda la información clínica que los pacientes y demás usuarios crean en el transcurso de su atención.

El Archivo está a cargo y es responsable de mantener la confidencialidad de los registros médicos, así como de aprobar cualquier transferencia o préstamo y salvaguardarlos.
– Codificación.
El puesto de admisión y documentación clínica también se encarga de la codificación; dependiendo de qué comunidad esté a cargo de esta sección también es auxiliar administrativo, tratando la información clínica y transcribiendo las enfermedades y patologías que se manejan en el hospital de acuerdo al protocolo establecido en códigos alfanuméricos que luego se manejan para realizar estudios e investigaciones sobre enfermedades, índices de calidad, costos , etc.
Ellos se encargan de descargar, administrar y monitorear la finalización del Conjunto.
Datos Básicos Mínimos (MBDS); descargar y agrupar grupos relacionados por diagnóstico y corrección de incidencias; preparar los informes requeridos a solicitud del Departamento de Asistencia; colaborar en estudios a petición del personal asistencial hospitalario; informar y atender al personal asistencial y demás puestos de actividad del hospital que requieran nuestros puestos (coordinación de calidad, dirección, etc.); y completar los estudios solicitados a requerimiento del Departamento de Asistencia.).

5 Discusión-Conclusión

Además de las funciones anteriores, también supervisa la distribución del personal, el control del suministro, la gestión del suministro y la investigación y desarrollo. , que, a pesar de su importancia, no pueden ser abordados en un manual debido a su compromiso inconsistente.
Es necesaria la evaluación continua del puesto de Admisión y Documentación Clínica a través de indicadores de actividad y calidad. Para su rediseño es necesaria la formación permanente de su personal auxiliar administrativo, definición y elaboración de expedientes, establecimiento de canales de comunicación interna y control de procesos, etc.
En conclusión, es fundamental la elaboración y actualización de un manual que estandarice las funciones que deben realizar los auxiliares administrativos de este servicio, en los distintos cargos, a fin de que realicen sus tareas de manera impecable, manteniendo la confidencialidad y protección de los datos personales. los papeles que usas En función de los nuevos desarrollos y cambios en la tecnología, esta guía debe modificarse. Como resultado de esto, el trabajo del personal administrativo puede volverse más uniforme y estandarizado.

6 Bibliografía

1. Rivilla Juárez G.M. El auxiliar administrativo de la salud en el puesto de admisión y documentación clínica. Ocronos. 2019. Disponible en: https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admisiondocumentacion-clinica/
2. Tamayo Canillas M.L., Romero Serrano R. Puestos de admisión y documentación clínica. En: Temes JL y Mengíbar M, editores. Gestión Hospitalaria. 5ª ed. 2011. Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1492&sectionid=98857086
3. Guía de gestión de puestos de admisión y documentación clínica. Instituto Nacional de Salud. Madrid. 2000. Disponible en: http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/documentos/guia_sadc_definitiva.pdf
4. Lastra M, Villazón AB, Villazón A. Admisión y documentación clínica (SADC). Ocronos. 2020. Disponible en: https://revistamedica.com/admisiondocumentacion-clinica-sadc/

Capítulo 289

LA OBLIGACIÓN DE PROTEGER LOS DATOS PERSONALES Y DATOS CLÍNICOS DE LOS PACIENTES POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

NURIA GARCÍA MUÑOZ

MARÍA CRISTINA FERNÁNDEZ ACEBEDO

MARIA DEL VALLE DIAZ MEJIAS

MARIA DEL ROCIO PEREZ BRAOJOS

EVA MARIA MARTIN PATIÑO

1 Introducción

Hablaremos sobre la protección de datos de los pacientes por parte del sistema sanitario, en este caso del personal administrativo. Todos hemos tratado en un momento u otro con el sistema de salud, el servicio nacional de salud o en privado. Para recibir la atención adecuada, necesitamos proporcionar información de datos.
Datos personales, hábitos diarios (tabaco, alcohol, drogas, etc.) e incluso antecedentes familiares. Si es necesario, comprobamos con los resultados. Permanecer en nuestra historia clínica junto con la intervención

Procedimientos presentados por nosotros y observaciones de médicos.
Considerado adecuado para expresar nuestro estado de salud. ¿Quién puede ver toda esta información? ¿Cómo se protege su acceso? ¿Cómo evitar que se propague? Entre las muchas funciones de un asistente administrativo
Sistemas de salud con recolección, transcripción para soporte digital y consulta.
Datos necesarios para realizar las tareas correctamente: Según la normativa de protección de datos, los datos personales, que conciernen especialmente a los pacientes en centros médicos, se clasifican como datos sensibles protegidos porque es información de salud (artículo 1.9 RGPD). El tratamiento de estos datos es tan importante que la Agencia Española de Defensa Data (AEPD) publica la "Guía de Usuario del Paciente y Sanidad"
Noviembre 2019, explicando las particularidades de este tipo de uso Información.

2 Objetivos

El objetivo principal de este artículo es describir la importancia de este trabajo.
Capacitación de auxiliares administrativos en el proceso de almacenamiento de información.
Prestar servicios sanitarios de acuerdo con la LOPD.
Proteger a los pacientes..

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través del buscador "Google Académico", y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, gestión, legislación de protección de datos, datos sensibles, hospital, recursos. A través de estos tópicos, se encontraron varios documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

4 Resultados

Los datos de salud son una categoría especial de datos definidos en las regulaciones.
2016/679 (RGPD) (27 de abril de 2016) sobre protección de datos, incluyendo:

- Datos de identidad y asociación del sistema sanitario. - Datos sobre nuestra salud física y mental en cualquier etapa de nuestra vida. - Número de identificación asignado a nuestra atención (por ejemplo, número de tarjeta médica). - Toda la información obtenida de cualquier tipo de examen médico (por ejemplo:
TC, análisis de muestras, perfil genético) o cirugía. - Datos sobre antecedentes familiares, discapacidad, riesgo de enfermedad adicional, procedimientos y tratamientos utilizados, etc. Los datos de identidad siempre son recopilados y registrados por los asistentes administrativos, independientemente de si en el primer registro obligatorio al nacer o
Cambio de centro de servicio por cambio de residencia, atención primaria de salud, incluso para aquellos que nunca han participado al hospital, es necesario crear y asignarles un código de identificación para que
Puede ir al centro para recibir tratamiento. Los datos sobre el estado de salud se recogen en el apartado "Historia clínica". Es archivos personales, incluidos todos los documentos relacionados con diversos
Medidas sanitarias brindadas por todos los profesionales que nos ayudan. Visitas diarias, incluso en el hospital
Trabajadores de la salud, indaguen en los libros de historia. Su finalidad es dar una idea.
Nuestra tarjeta sanitaria está disponible para cualquier consulta profesional
Deberías presentarte y conocer los antecedentes profesionalmente. La historia clínica es elaborada por el profesional sanitario que atiende al paciente. Situaciones que requieren un asistente administrativo tipo de historia Actualmente archivos como
La mayoría de los hospitales dan soporte digital, aunque en los centros primarios se lleva en papel la historia clínica de la familia, se asigna un número a cada familia conviviente y se almacenan las historias clínicas, las pruebas aportadas por el paciente y otros datos similares para el médico.
Puede referirse a otra versión que no sea la de PC. Se puede acceder a esta información digital del paciente a través de programas informáticos altamente específicos y complejos que requieren el ingreso de contraseñas individuales para identificar adecuadamente a quienes visualizan estos documentos. Este
Los permisos otorgados a las personas con acceso a la información dependen de
Perfil de usuario: Los profesionales de la salud tienen propósitos diferentes a los de los auxiliares administrativos, por lo que aunque es el mismo programa, se adaptará
Todas las necesidades básicas. Incluso dentro de las funciones de un asistente administrativo, dependiendo de las tareas a realizar, más o

Menos derechos de acceso y/o funcionales. Teniendo en cuenta que la función exacta de un asistente administrativo no está definida y depende completamente del puesto en el que se encuentra, podemos decir
La tendencia general es que no conocen la historia clínica del paciente,
A menos que su trabajo lo requiera. Por ejemplo, podemos decir
Especialistas administrativos de call centers o citaciones, no
Es necesario buscar información en los datos de salud del paciente. Pero por dentro
Si el paciente aplica directamente, el asistente de recepción debe revisar el informe escrito del médico como parte de la historia clínica,
Posibilidad de reservar cita previa si la solicita el paciente, para no causar problemas innecesarios
Es un error rechazar una transacción por una solicitud de canal inusual. Por otro lado, si el asistente trabaja en el departamento de cirugía, entonces
Es muy importante revisar la información recopilada por los profesionales de la salud
Servicio u otros servicios estrechamente relacionados con el propósito general del evento médico. Como ejemplo, la tarea de planificación de operaciones
Cirugía mayor ambulatoria que requiere anestesia donde el personal administrativo
Se deben desarrollar intervenciones para seleccionar pacientes de las listas de espera.
Verifique que todas las personas en el país tengan la evaluación preoperatoria adecuada
Puede ser necesario presuspender el vencimiento del plazo ”adecuado”
Evite tomar ciertos medicamentos. La documentación se enviará más tarde. bajo la supervisión de un médico. Con esto queremos dejar claro que el acceso a información tan sensible solo debe concederse por un motivo claro: atención médica, Servicios sanitarios o sociales, visita al médico, motivo de interés.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de los auxiliares administrativos en el sistema de salud están íntimamente relacionadas con el desarrollo de las actividades de los profesionales de la salud. Puede decirse que son órganos ejecutivos en los asuntos administrativos necesarios para el buen funcionamiento del sistema de salud. Es por eso que todas las reglas sobre la protección de los inodoros
Los datos de salud de los pacientes que trabajan en esta categoría son extensos

”La Oficina” Para ayudar a proteger datos particularmente sensibles, la legislación cubre casi todos los tipos de situaciones y definiciones de delitos. obedecer Estándares de seguridad:
Retención de información, acceso e identificación de profesionales
Al hacerlo, ayudan a hacer cumplir la ley. Sería genial que también hubiera un curso corto de formación para profesionales.
Un documento administrativo de ética profesional, a semejanza de un breve código de responsabilidades, puede establecer desde un principio normas uniformes de comportamiento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 290

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS A LA ASISTENCIA SANITARIA

MERCEDES MARIN VIOSQUEZ

ROCIO MARTÍNEZ LEAL

AMPARO SÁNCHEZ MORA

1 Introducción

Las prestaciones complementarias a la asistencia sanitaria son servicios y beneficios adicionales que se brindan a los pacientes para complementar la atención médica básica. Estas prestaciones tienen como objetivo mejorar la calidad de la atención sanitaria y cubrir necesidades que van más allá de los servicios médicos básicos.

Las prestaciones complementarias pueden varias según el sistema de salud y el país, pero generalmente incluyen servicios y beneficios. Por ejemplo, algunos medicamentos o tratamientos específicos pueden no estar cubiertos por el sistema de salud público o privado, pero pueden ser incluidos en las prestaciones complementarias para garantizar un acceso más amplio a los mismos. Además, algunas condiciones médicas pueden requerir tratamientos o terapias especializadas que no están cubiertas por el sistema de salud básico. Las prestaciones complementarias pueden cubrir estos servicios adicionales, como terapias físicas, rehabilitación, terapias alternativas, entre otros.

Y es que, la asistencia sanitaria básica puede no incluir la atención dental y oftalmológica, pero las prestaciones complementarias pueden ofrecer cobertura para exámenes, tratamientos, lentes y otros servicios relacionados con la salud bucal y ocular. Por lo tanto, las prestaciones complementarias pueden incluir programas de prevención y promoción de la salud, como chequeos regulares, vacunaciones, programas de educación para la salud, programas de alimentación saludable, entre otros.
Algunos sistemas de salud complementan la atención médica con servicios de asistencia domiciliaria para pacientes que necesitan cuidados en el hogar, así como cuidados paliativos para personas con enfermedades terminales. Es importante tener en cuenta que las prestaciones complementarias pueden variar según el tipo de seguro médico, la cobertura específica y las políticas de cada país y sistema de salud. Los beneficios y servicios adicionales ofrecidos dependerán de las condiciones y los acuerdos establecidos por los proveedores de seguros de salud y las entidades encargadas de administrar estas prestaciones.

2 Objetivos

Los objetivos son los siguientes:
1. Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el auxiliar administrativo en los centros de salud.
2. Realización de recepción y registro de solicitudes
3. Solicitar autorizaciones a los profesionales de la salud y recopilar la documentación requerida.

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 trabajo del auxiliar administrativo en las prestaciones complementarias a la asistencia sanitaria puede variar dependiendo del contexto y las responsabilidades asignadas en cada organización. Sin embargo, en general, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en el manejo de los trámites y la gestión de la documentación relacionada con las prestaciones complementarias a la asistencia sanitaria.

Algunas de las tareas que un auxiliar administrativo puede realizar en este ámbito incluyen la recepción y registro de solicitudes. El auxiliar administrativo puede ser responsable de recibir las solicitudes de los pacientes o asegurados para acceder a prestaciones complementarias a la asistencia sanitaria. Esto implica verificar la información proporcionada, asegurarse de que se cumplan los requisitos necesarios y registrar adecuadamente los datos en los sistemas correspondientes.

En algunos casos, el auxiliar administrativo puede tener la responsabilidad de verificar la cobertura de las prestaciones solicitadas. Esto implica revisar la póliza de seguro o los requisitos establecidos por la entidad encargada de administrar las prestaciones complementarias, y determinar si el paciente o asegurado cumple con los criterios necesarios para recibir dichas prestaciones.

En ciertos casos, las prestaciones complementarias a la asistencia sanitaria requieren de una autorización previa. El auxiliar administrativo puede ser responsable de solicitar estas autorizaciones a los profesionales de la salud, recopilar la documentación requerida y hacer seguimiento para asegurarse de que se obtenga la autorización correspondiente en tiempo y forma.

Sin embargo, en algunas situaciones, el auxiliar administrativo puede desempeñar un papel de enlace entre los pacientes, los proveedores de servicios de salud y las entidades que administran las prestaciones complementarias. Esto implica coordinar citas médicas, servicios de diagnóstico o tratamientos, y asegurarse de que toda la documentación necesaria esté disponible y actualizada.

El auxiliar administrativo suele ser responsable de mantener un registro y archivo adecuado de la documentación relacionada con las prestaciones complementarias a la asistencia sanitaria.

Esto implica organizar y mantener actualizados los expedientes de los pacientes, así como asegurarse de cumplir con las normativas y políticas de confidencialidad de la información.

Estas son solo algunas de las posibles responsabilidades de un auxiliar administrativo en relación con las prestaciones complementarias a la asistencia sanitaria. Es importante destacar que las tareas exactas pueden variar según el entorno de

trabajo y las políticas específicas de cada organización.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del auxiliar administrativo en las prestaciones complementarias a la asistencia sanitaria es fundamental para garantizar una gestión eficiente y efectiva de los trámites y la documentación relacionada con dichas prestaciones. Su papel consiste en recibir y registrar las solicitudes de los pacientes, verificar la cobertura, gestionar autorizaciones, coordinar servicios y mantener un registro adecuado de la documentación.
El auxiliar administrativo desempeña un papel de enlace entre los pacientes, los proveedores de servicios de salud y las entidades encargadas de administrar las prestaciones complementarias. Su labor contribuye a agilizar los procesos, asegurar el cumplimiento de requisitos y facilitar el acceso a los servicios y beneficios adicionales.

6 Bibliografía

1. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-12140
2. https://www.asepeyo.es/duda/prestaciones-complementarias/
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000800001

Capítulo 291

CLASIFICACION DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS Y SU MANEJO POR PARTE DEL CELADOR.

SANTIAGO FUENTES MARIN

1 Introducción

La cama en el ámbito sanitario, se podría decir que es el elemento principal del mobiliario hospitalario que más importancia tiene para el correcto descanso del paciente, favoreciendo una pronta recuperación, ya que no olvidemos que la mayor parte del tiempo se lo pasa tumbado en una cama, por ello, debe de adecuarse a sus necesidades y a su cuadro clinico, teniendo que tener unas características específicas:

1/ Consta de: unas barandillas, una almohada con funda, un colchón con funda de material elástico, impermeable, hipo-alérgico, una manivela para regular la altura y articular la cama, un triangulo para que el paciente pueda agarrarse y cambiar de posición o levantarse, un portasueros, soporte para la bolsa de la orina.
2/ El cabecero estará pegado a la pared, sin estar próximo a la puerta ni debajo de la ventana.
3/ Las medidas son: entre 90-105 cm de ancho y 190-200 cm de largo y una altura entre 50 y 90 cm.
4/ Llevan ruedas para transportar mejor al paciente.
5/ Tendrá tres lados libres, los laterales y los pies, para así favorecer el trabajo de los trabajadores sanitarios y no sanitarios dentro de sus labores cotidianas.

Es por ello que el celador, pero también todo el personal trabajador en el ambito sanitario, deben de conocer las caracteristicas de cada este tipo de mobiliario para así evitar riesgos en el uso para los pacientes y los propios celadores que serán los encargados de transportarlas, a la vez que se alargará la vida útil de las mismas.

2 Objetivos

- Explicar lo que es una cama hospitalaria, los distintos tipos según el cuadro clínico del paciente, así como el manejo por parte del celador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador se encarga de transportar al paciente en silla de ruedas, cama o camilla, tambien acompañándolo si va por su propio pie
1/ Cuando el traslado sea en cama: el celador se coloca detrás de la cabeza del paciente, generalmente porque no es recomendable que use la silla de ruedas o no pueda sentarse ni mantenerse erguido.
2/ El traslado será en camilla: cuando deba de someterse el paciente a alguna prueba diagnóstica, o ingresar en planta, para ello el celador deberá de identificar al paciente, coger el volante de la prueba, así como pensar en el itinerario más adecuado y con menos gente o bullicio.

La clasificación de las camas será la siguiente según las necesidades de cada paciente y su cuadro clínico, de manera que todo el personal trabajador debe de conocerlas:

1/ Camillas: utilizadas para el transporte de los pacientes a la realizacion de pruebas, a la sala de curas, de un servicio a otro, etc.
2/ Camas de descanso: siendo la articulada la más utilizada, la cual consta de un somier articulado y una manivela situada en los pies o en los laterales de la cama;

las mas modernas llevan un mando eléctrico.
3/ Cama rígida: constan de un somier rígido, lo cual impide que al paciente se le puede colocar en determinadas posiciones.
4/ Cama electro-circular: puede posicionarse en todas las direcciones y angulos, incluso boca abajo, utilizada ante casos de graves quemaduras, en lesiones medulares o politraumatizados.
5/ Cama de Judet ,ortopédica o traumatológica: utilizadas para pacientes con fracturas, parálisis, etc.
6/ Incubadora: para los nacidos prematuramente, la cual permite vigilar la temperatura y la humedad.
7/ Camillas de exploración: destinadas a la exploración y el transporte del paciente, siempre cubiertas con una sabanilla antes de colocar al paciente.
8/ Cama RotoRest: Es una cama que gira constantemente, por lo que distribuye los puntos de presión, indicada para la prevención de las úlceras por presión.
9/ Cama quirúrgica: ocupada por un paciente que viene de quirófano, que el celador llevará a la REA o directamente a su habitación en planta.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que la cama es un elemento del mobiliario del entorno sanitario muy importante para el descanso del paciente, es por ello que hemos visto que según sea las necesidades y patologías del paciente, se dispondrá de un tipo de cama u otra: quirúrgica, incubadora, ortopédica, camilla de exploración, RotoRest , etc. De ahí parte la necesidad de que todo el personal tanto sanitario como no sanitario conozca de esta clasificación para ofrecer la que mejor se adapte a la recuperación de su enfermedad, aportandole mayor confort.

A parte, el Celador deberá de conocer su funcionamiento y usos, ya que será el encargado de utilizarla para transportar a los pacientes a cualquier prueba diagnóstica, o cuando deban de movilizarlos para realizarles los cambios posturales o la ayuda en la higiene diaria, debiendo sabe donde se encuentra el freno, echando las barandillas, observando que no se desprenden las bolsas de la orina, etc.

6 Bibliografía

1. Formacion Logoss. Celadores.
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo: celador, tipos de camas hospitalarias, camilla, uso y clasificacion de las

camas hospitalarias.
3. El celador y el manejo de camas hospitalarias - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
4. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 3. Tipos de Camas Hospitalarias

Capítulo 292

EL CELADOR EN LA COLOCACIÓN Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

IVÁN GARCÍA HERNÁN

ALEJANDRO ALMENDROS VILLACAÑAS

SANTIAGO ROSADO DEL OLMO

ANA ISABEL MOLINA GARCIA

ALBERTO CUPIDO FIGUEROA

1 Introducción

En el centro hospitalario se puede encontrar pacientes con diferentes patologías que, por su necesidad y circunstancias individuales, necesitan de la presencia de mobiliario sanitario, como es el caso de la camilla o la silla de ruedas.
En este sentido, para la movilidad por el centro hospitalario es necesario la presencia del celador, pues es el principal encargado de realizar este tipo de acciones. Además, algunos pacientes comienzan en la silla de ruedas y por las pruebas que van a ser realizadas sobre él, es necesario el traslado a la camilla, acción de la que forma parte el celador, dando así lugar al tema principal de este trabajo.
En el presente trabajo se van a conocer y desarrollar las tareas, funciones y las correctas actuaciones que desempeñan los celadores en el traslado de pacientes, así como la correcta colocación de los mismos, teniendo en cuenta las posibles patologías que presentan, como es el caso de los pacientes encamados. Para la realización del mismo, se ha tenido que atender a la Orden de 5 de julio de 1971,

donde atendiendo a la función número 13, queda enunciado que los celadores desempeñan tareas relacionadas con la movilidad y el traslado de enfermos.
Así, es necesario que los celadores conozcan a la perfección la posibilidad de colocaciones en las que actuar teniendo en cuenta las patologías y dolencias del enfermo.

2 Objetivos

-Conocer las funciones que lleva a cabo los celadores en la colocación a los pacientes encamados
-Desarrollar las actuaciones de los celadores en el traslado y movilidad de pacientes según el mobiliario sanitario que se utilice.

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para la movilidad y actuación en la atención a los pacientes que se encuentran en camilla se debe seguir un riguroso protocolo, que es el siguiente.
Toda maniobra que se realice sobre ellos, el celador debe asegurar que el freno de la camilla está echado, evitando así cualquier movimiento indeseado que pueda provocar dolencias o daños mayores en el enfermo o en casos extremos, la caída del paciente.
Antes de realizar cualquier maniobra sobre ellos, se debe avisar de lo que se va a hacer, pidiendo colaboración siempre que sea posible por parte del enfermo.
El celador quita todos los enseres que se encuentran colocados en la camilla: bala de oxígeno, barra, sueros, sondas, entre otras. Las coloca en su lugar correspondiente y posteriormente cuando el paciente ha sido trasladado vuelven a ser colocadas.
A continuación, se expone el protocolo de actuación que realiza el celador en la colocación y movimientos sobre el paciente encamado.

Movimientos laterales de camilla. Se precisa de la ayuda de un segundo celador, que se coloca en el otro lado de la camilla. En primer lugar, los dos celadores sujetan fuerte de la entremetida, lo más cerca posible del paciente. A continuación, desplazan la entremetida, doblan la rodilla del paciente y, por último, empujan la entremetida al centro de la camilla, logrando así la correcta colocación del enfermo.
Movimiento desde la silla de ruedas a la camilla: en este pueden darse dos situaciones: el paciente puede colaborar y por sus propios medios pasa de la silla a la camilla, donde el celador sujeta y acciona el freno de la silla de ruedas, facilitando la movilidad del paciente; y el paciente no puede colaborar, donde se precisa la atención de dos celadores, que sujetan al enfermo por debajo de las piernas y los hombros, siendo un apoyo para el traslado.

5 Discusión-Conclusión

Atendiendo a lo expuesto anteriormente, se destaca que la figura del celador en el centro hospitalario en la colocación y movilidad del paciente es de vital importancia, ya que estas acciones son realizadas a diario en el hospital, cualquiera que sea el servicio o área en el que se encuentre el paciente enfermo.
Por tanto, gracias a la presencia de los celadores, se puede garantizar una sanidad de calidad eficaz a todo tipo de pacientes, siendo así un gran apoyo asistencial y de colaboración para el personal sanitario, siendo clave para la estancia de los enfermos en el centro sanitario.

6 Bibliografía

1. El celador y el paciente encamado. Disponible en: https://fisiostar.com
2. La correcta colocación del paciente por la figura del celador. Disponible en: https://revistamedica.com

Capítulo 293

ACTUACIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

IVÁN GARCÍA HERNÁN

ALEJANDRO ALMENDROS VILLACAÑAS

SANTIAGO ROSADO DEL OLMO

ANA ISABEL MOLINA GARCIA

ALBERTO CUPIDO FIGUEROA

1 Introducción

En el área de salud mental hospitalaria se puede encontrar todo tipo de pacientes con numerosas patologías y enfermedades, cada uno con sus individualidades y particularidades, donde en la mayoría de las ocasiones se produce una alteración nerviosa. Es por ello que se precisa de la incorporación y atención de variado personal sanitario y no sanitario, como es el caso de los celadores, para la atención a este tipo de pacientes, logrando así la atención correcta a cada uno de los problemas, buscando la manera óptima de fraguarlos.
De este modo, en el presente trabajo, se van a desarrollar las funciones, objetivos y tareas que llevan a cabo los celadores en el área de salud mental hospitalaria. Para ello, es necesario atender a la Orden de 5 de julio de 1971, donde se establece la categoría y funciones de los celadores, que se lleva a cabo atendiendo al estatuto de personal no sanitario.

La figura de los celadores en el área de salud mental toma gran protagonismo, pues van a ser ellos quienes estén en contacto continuo y directo con el paciente, cumpliendo tareas y funciones determinantes tanto para el correcto funcionamiento interno del área como para la asistencia de paciente. Dichas funciones se van a exponer en este trabajo.

2 Objetivos

-Conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en la atención al paciente psiquiátrico.
-Desarrollar las actuaciones del celador en el área de salud mental.

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los celadores en la atención al paciente psiquiátrico en el área de salud están en contacto directo y continuo con este tipo de enfermos. En el trascurso diario con los pacientes, se mantienen conversaciones y relaciones diarias con los enfermos. Por ello, las relaciones y el trato que se mantiene ha de ser de respeto y cordialidad, dada las patologías que presentan y las consecuencias que puedan derivar.
Los pacientes dentro de esta área pueden conseguir permisos, como paseos o pequeñas salidas. En estas acciones, el celador toma gran protagonismo, pues va a ser el encargado de acompañar y custodiar al enfermo.
Los pacientes del área de salud mental necesitan casi a diario a la realización de diferentes pruebas diagnósticas que se encuentran fuera del área. Para ello, el celador es el encargado de llevar a los mismos a la realización de dichas pruebas. En el caso de que algún paciente se encuentre encamado, el celador lo realiza el traslado del paciente en la camilla, se le realiza la prueba al paciente y finalmente lo trae de vuelta en la camilla hasta su habitación.

Los celadores también llevan a cabo acciones del cuidado del entorno y personal de los enfermos del área de salud mental. Entre estas acciones se destaca el levantar persianas al comienzo del día y cerrarlas por la noche, mantener un clima agradable dentro de las salas y habitaciones compartidas con otros pacientes, entre otras.
Los celadores velan por el correcto funcionamiento de las normas del área, procurando mantener un orden y silencio que no perturbe al resto de pacientes. En ocasiones se pueden producir peleas y altercados entre enfermos. Si el celador observa en alguna circunstancia que se producen altercados entre pacientes, la correcta actuación es no intervenir. Debe llamar con la mayor rapidez al personal sanitario superior, dando la voz de alarma.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto en este trabajo, se destaca la importancia de la presencia de los celadores dentro del centro hospitalario y, sobre todo, en el área de salud mental.
Los desempeños de sus funciones son determinantes, ya que es un gran colaborador para el equipo personal sanitario, cumpliendo órdenes de apoyo y asistencia, fundamentales para el funcionamiento interno del área.
Con la presencia del celador en el área de salud mental, se permite atender a los pacientes psiquiátricos de un modo más cercano, ofreciendo de este modo una sanidad de calidad y eficaz adaptada a las necesidades individuales de cada paciente.

6 Bibliografía

1. El celador en el área de salud mental. Disponible en: https://celadoresonline.blogspot.com
2. Las funciones del celador en el área de salud mental hospitalaria. Disponible en: https://revistamedica.com

Capítulo 294

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA

JESÚS MARTÍNEZ DE LAMO

1 Introducción

Vamos a definir el que consiste la hemodinámica según la definición que viene en la Real Academia de la Lengua Española y se define como el estudio de los principios físicos que regulan el flujo y la presión sanguínea. Otra definición esta vez por el diccionario de Oxford languages lo define como "la parte de la fisiología que estudia las leyes y mecanismos que rigen la circulación sanguínea".
Las salas de hemodinámica se deben de encontrar en un lugar muy bien comunicado , ya que en ella acudirán pacientes de diferentes zonas de hospital como puede ser de servicio de UCI , planta, quirófanos, (especialmente el de cirugía cardiaca), pudiendo requerir traslados que precisen extrema rapidez en momentos críticos.
Estas salas de hemodinámica están caracterizadas por cumplir las funciones de un quirófano y las de un laboratorio de hemodinámica , las salas de hemodinámica deben de estar provistas de lámparas de quirófano, torre de anestesia y quirúrgica, presión ambiental positiva, además de monitores de imagen duplicados a ambos lados de la mesa quirúrgica permitiendo una visión global a todo el equipo de profesionales.
En este capítulo veremos el papel que realiza el celador en este servicio y las funciones que debe realizar en el servicio de hemodinámica.

2 Objetivos

-Conocer la importancia del celador dentro del servicio de hemodinámica.
-Conocer las funciones del celador dentro de esta unidad.
-Conocer en que consiste la hemodinámica.
-Aprender los elementos que deben de haber en la sala de hemodinámica, para su buen funcionamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación mediante una revisión bibliográfica exhaustiva, la cual ha incluido la búsqueda de información en diversos recursos académicos y bases de datos reconocidas, tales como Pubmed, Medine y Scielo. Se han seleccionado cuidadosamente los artículos de publicaciones académicas revisadas más relevantes para el tema que se está tratando. Cabe destacar que todo el contenido del presente trabajo es original y no se ha copiado ni utilizado información ajena sin la debida atribución.

4 Resultados

Los celadores tienen muchas funciones que se encuentran recogidas en el estatuto del personal no sanitario, ahora nos centraremos en las funciones que realiza dentro del servicio de hemodinámica en la que tiene un papel muy importante dentro de este equipo de profesionales:
-Se encargarán de tramitar las comunicaciones verbales, además de documentos y objetos de unos servicios a otros además de los aparatos o mobiliario que se les indique.
-Deberán vigilar que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la institución.
-Deberán de controlar las entradas de la unidad de hemodinámica, prohibiendo el acceso a sus dependencias a las personas que no estén autorizadas para entrar.
-Deberán de conseguir el mayor orden y silencio dentro de esta unidad.
-Informarán a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraren en la limpieza y conservación del edificio o material.
-También se ocuparán del traslado de los enfermos, desde su unidad a las plantas de hospitalización, unidad de cuidados intensivos etc.

- Y siempre se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones o tratamientos, debiendo dirigir estas consultas siempre hacia el médico encargado del paciente.

Ahora hablaremos de las funciones propias de la sala de hemodinámica que son las siguientes:
-Se encargará de recibir al paciente en la unidad cuando vienen de casa.
-Se encargará de darle al paciente el pijama, gorro, y calzas para que pueda entrar a la unidad de hemodinámica.
-En caso de no poder cambiarse solos le ayudará a ello.
-Llevará al paciente a un sillón para que el equipo de enfermería le coja una vía.
-Colocará al paciente en la mesa de intervención.
-Una vez terminada la intervención ayudará al paciente a pasar a una silla de ruedas o a la cama.
-Acompañará al paciente al lugar donde le indiquen .

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido observar en este capítulo en que consiste la hemodinámica en su definición según la Real Academia de la Lengua Española, además de conocer el mobiliario y aparatos que forman parte y que deben de tener la sala de hemodinámica para realizar al paciente una buena intervención y que todo salga correctamente.
Los celadores llevan a cabo un papel muy importante dentro de la unidad de hemodinámica llevando a cabo una serie de funciones que hemos podido ver que están recogidas en el estatuto del personal sanitario además de ver las funciones que realiza en el servicio de hemodinámica que van desde la recepción del paciente a la unidad hasta la terminación de la intervención quirúrgica en la que acompañará al paciente al lugar donde le indiquen.

6 Bibliografía

-Instituciones sanitarias mad 2017-2018
-Orden del 5 julio de 1971

Capítulo 295

EL CELADOR EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

JESÚS MARTÍNEZ DE LAMO

1 Introducción

En el sistema sanitario, podemos distinguir dos tipos de niveles asistenciales, que son la atención primaria y la atención especializada, en esta última que es la atención especializada se encuentran las unidades de hospitalización y también las consultas de especialidades, en la cual el celador protagoniza un papel fundamental, pues es el que sirve de apoyo y el que brinda cobertura al resto del personal sanitario como al personal no sanitario.

Las funciones que va a realizar el celador dentro de estas unidades de hospitalización son muy diferentes entre ellas habrá que distinguir las que van dirigidas a dar cobertura a otros profesionales, las que están relacionadas con los pacientes y las que tratan de cuestiones de logística y administrativas.

El papel del celador será el de trasladar a los pacientes desde la unidad de urgencias, o desde cualquier consulta externa, que suele ser los lugares que normalmente se toma la decisión de ingresar a un paciente, hasta la unidad de hospitalización correspondiente.

El celador será también el encargado de trasladar la historia clínica junto al paciente, en la que se encuentra la información de carácter sensible y confidencial, por ello deberá de velar por la confidencialidad de la información del paciente.

2 Objetivos

-Conocer las funciones que realiza el celador dentro del área de hospitalización en la que ayudara tanto al personal sanitario como no sanitario.
-Explicar de forma ordenada y sencilla en qué consiste estás funciones que tiene que realizar el celador para conocer la importancia de estas funciones.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación mediante una revisión bibliográfica exhaustiva, la cual ha incluido la búsqueda de información en diversos recursos académicos y bases de datos reconocidas, tales como Pubmed, Medine y Scielo. Se han seleccionado cuidadosamente los artículos de publicaciones académicas revisadas más relevantes para el tema que se está tratando. Cabe destacar que todo el contenido del presente trabajo es original y no se ha copiado ni utilizado información ajena sin la debida atribución.

4 Resultados

En la unidad de hospitalización podemos ver que se compone de un equipo de trabajadores donde se encuentran las diferentes categorías profesionales como lo son enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería, así como también se encuentran los celadores, personal de limpieza, administrativos etc. Todos ellos fundamentales para que el área de hospitalización funciones correctamente.
Los pacientes que son ingresados en estas áreas de hospitalización pueden proceder de diferentes servicios, como pueden ser urgencias, consultas externas , traslados de otros centros hospitalarios o también de una cirugía programada, estos pacientes suelen presentar un estado de salud grave lo que deberá de tener en cuenta el celador a la hora de tratar con ellos.
El papel que tiene el celador en esta área es fundamental y de vital importancia en la cual adquiere ciertos matices propios de las plantas de hospitalización . A continuación detallaremos las funciones del celador dentro del área de hospitalización:
-Será el encargado del traslado de los enfermos será el encargado de llevar a esos enfermos a la planta correspondiente además los instalará en su habitación correspondiente y en caso necesario ayudará al personal de enfermería y auxiliares de enfermería en el cambio de vestimenta, como al traslado de cama y movilización en el aseo.

-El celador será el encargado de llevar al paciente donde sea necesario dentro del área de hospitalización como puede ser al servicio de radiografías, eco , tac etc.
-En el área de farmacia el celador será el encargado de repartir los paquetes a los almacenes correspondientes.
-Otra de sus funciones será el traslado del aparataje médico y cuestiones administrativas, como son el ecógrafo, el portátil de rayos etc.
El celador en todo momento guardará el secreto médico y la confidencialidad de la información de los pacientes.
-Mantendrá el orden dentro de la institución y la limpieza.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido observar las funciones del celador dentro del área de hospitalización que pueden ser inmensamente diferentes, desde el traslado de los pacientes a las diversas plantas de hospitalización , como el traslado de los aparatajes médicos como no más menos importante el mantenimiento del orden y el silencio dentro del área de hospitalización como también las labores realizadas en los diferentes servicios como pueden ser el de farmacia y logística. El celador tiene un papel muy importante dentro de este servicio de hospitalización en el cual servirá de apoyo al personal sanitario ayudándoles en las funciones que le correspondan y que debemos de saber en todo momento.

6 Bibliografía

-celadoresonline de instituciones sanitarias
-www.logoss.net

Capítulo 296

EL CELADOR EN PLANTAS: CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS

BEATRIZ GÁLVEZ VIDAL

CONSTANTINA CARMEN DEL CAMPO MORENO

RUBEN PRADO DEL CAMPO

1 Introducción

Las plantas de hospitalización están formadas por un equipo de trabajo dirigido por un supervisor, enfermería, técnico en cuidados auxiliares de enfermería y celadores, siguiendo las pautas del médico darán cuidados y atención 24 horas al paciente.
El celador es una parte imprescindible de la planta de hospitalización, ayudando al traslado de los enfermos, movilización, transporte de mobiliario de un sitio para otro como camillas, camas, sillas de ruedas, aparatos médicos, dar recados, llevar muestras y estar siempre disponible ara lo que necesite el personal sanitario.
Todo ello hasta que el paciente reciba el alta hospitalaria.

Los celadores son muchas veces, los que tienen un mayor contacto directo con pacientes y familiares. Por eso puede determinar la imagen que te lleves del hospital o centro sanitario.

El celador deberá tener habilidades comunicativas asi como el resto de personal hospitalario, deberá tener habilidades de trabajo en equipo, capacitado para levantar peso y la capacidad de seguir instrucciones.

Relacionado con los cabios posturales se realizarán cada dos o tres horas. Deben ser rotatorio pasando por todas las posiciones: de cubito lateral izquierdo, decúbito lateral derecho, decúbito supino, prono y si se puede posición de sentado. Dejar libres de presión dedos del pie, rodillas, genitales y mamas.
Los cambios posturales es la variación de la posición del paciente encamado, ya que muchos no notan la presión en las zonas de apoyo. Los cambios posturales en el paciente encamado tiene como motivo principal facilitar la higiene y evitar posibles daños en la piel del paciente como puede ser úlceras de presión o escaras.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del celador ante los cambios posturales a pacientes encamados en el centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado búsqueda bibliográfica en Google académico, revistas científicas, artículos en principales bases de datos textos avalados científicamente. Se han consultado artículos de revistas médicas basadas en actuaciones del celador en plantas y cambios posturales.

4 Resultados

- Cuidarán de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas del hospital, manejo de persianas, cortinas y útiles de servicio en general.
- Realizar, excepcionalmente, aquellas labores de limpieza que se le encomiende en orden a su situación, dificultad de manejo, emplazamiento, peso de los objetos.
- Trasladar de un servicio a otro los aparatos o mobiliario que se requiera.
- Dará cuenta a su inmediato superior de las anomalías o desperfecto que se encuentre en la limpieza, conservación del material y del edificio.
- Velará continuamente por conseguir el mayor orden y silencio en todas las dependencias.

- Vigilará el acceso y estancia de familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada nada mas que a las personas autorizadas para ello.
- Tendrá a su cargo, el acceso a las habitaciones en las horas establecidas y controlar quien no tenga acceso especial que despejen las habitaciones.
- Evitará que se fume en las habitaciones, que traigan alimentos o se sienten en las camas.
- Que no se deambule por los pasillos y dependencias mas que lo necesario para llegar al lugar donde se dirija.
- Trasladarán a los enfermos a su cargo para la realización de pruebas o consultad, no abandonando al enfermo hasta que la persona responsable de dicha prueba o consulta se haga cargo del paciente.
- Ayudará a las enfermeras o auxiliares de planta al movimiento, aseo y traslado de los enfermos encamados que necesite un trato especial para hacerles la cama.
- Cuando el paciente fallece ayudara al técnico de auxiliar de enfermería al amortajamiento de la persona fallecida para hacerse cargo del mismo u llevarlo al mortuorio.
- Se abstendrá de hacer comentarios a los familiares y visitantes sobre diagnósticos, tratamientos y exploraciones que se esté realizando a dicho paciente debiendo orientarlos hacia el Médico encargado de la asistencia del enfermo.
- En caso de conflicto con un visitante requerirá la presencia del personal de seguridad.

Las principales complicaciones referentes a los cambios posturales son:

Contracturas musculares, osteoporosis, atrofias.
Úlceras de presión.
Para prevenir esto es importante tomar una serie de precauciones:
Cambios posturales cada 2 o 3 horas.
Colchon antiescaras.
Sabanas para ayudarnos a mover al paciente como entremetidas.
Colocar almohadas o cojines para ayudar a mantener la posición.
Gruas para levantar al paciente .

Diferentes posiciones anatomicas:
- Lateral derecho e izquierdo.
- Decúbito supino.
- Decúbito prono.
- Trendelenburg.
- Antitrendelenburg o Morestin.

- Fouler.
- Sims o Semiprona.
- Bipedestacion.
- Genupectoral.
- Ginecologica o litotomía.
- Roser.

5 Discusión-Conclusión

El celador como el resto del personal sanitario deben tener presente unas pautas básicas de higiene postural para realizar dichas movilizaciones. El celador deberá tener en cuenta su seguridad y seguir unas normas tales como:
- Guardar en todo momento la intimidad del paciente.
- Evitar movimientos bruscos durante la movilización.
- Seguir instrucciones del personal sanitario.
- Informar al paciente de lo que se le va a realizar, transmitirle seguridad y pedir su colaboración.
- Preparar el material necesario.
- Retirar los objetos que molesten o dificulten la acción.
- Frenar siempre la cama.
- Colocar la cama en la posición que mas ayude a la movilización del paciente.
- Tener cuidado con drenajes, sueros, etc.
- Adoptar una posición adecuada para evitar lesiones.

Par desarrollar de forma correcta nuestro trabajo tanto en plantas, como cambios posturales es importante estar formado adecuadamente e informado de cualquier cambio de actuación en el área donde nos encontramos.

6 Bibliografía

https://revistasanitariadeinvestigacion.com/
https://revistamedica.com/
https://congresosicepa.com/

Capítulo 297

EL CELADOR EN RADIOLOGÍA: FUNCIONES

RUBEN PRADO DEL CAMPO

CONSTANTINA CARMEN DEL CAMPO MORENO

BEATRIZ GÁLVEZ VIDAL

1 Introducción

Las pruebas de diagnóstico por imagen se utilizan para tratar una enfermedad y diagnosticar.
De los distintos servicios que ofrece un centro hospitalario, el más demandado es radiología.
En él tienen sus funciones en equipo de trabajo formado por radiólogos, técnicos superiores en imagen para el diagnóstico y celadores. Al paciente que se le ordene una placa de rayos habrá que trasladarlo desde donde se encuentre (urgencias, hospitalización, camas, etc.) hasta el servicio de radiología.
Este trabajo también requiere ayudar al técnico superior de rayos a colocar debidamente al paciente. Los exámenes de radiodiagnóstico son necesarios en la mayoría de los pacientes que entran por urgencias, uno de los servicios que se brinda aparte de analíticas.
Este servicio debe funcionar correctamente debido a su alta demanda de pacientes, por eso se deberá trabajar de manera ordenada.
Los Rayos X los descubrió el alemán Wilhelm Conrad cuando experimentaba con tubos de vacío y un generador eléctrico en 1985. En ese momento la capaci-

dad pata diagnosticar mejoró bastante. Aunque el trabajo parece aparentemente sencillo, es uno de los servicios más demandados, además de eficaz es necesario. En los centros de salud también tienen este servicio de rayos, el médico de cabecera también lo solicita en caso necesario quitando carga de trabajo al hospital.

2 Objetivos

- Dar a conocer las tareas a realizar por el celador en el servicio de radiología.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una bibliografía sobre literatura científica existente como Google académico, recopilando información en páginas especializadas con la temática a desarrollar utilizando palabras clave como: Radiología, funciones, celador, etc.

4 Resultados

Es el servicio más demandado porque a la gran mayoría de personas que pasan por urgencias se les mandará una placa de rayos X, sumaran las peticiones diarias de las plantas, más las peticiones que vengan de primaria que estén citadas. Por eso será necesaria una organización sincronizada de celadores y técnico de rayos.
Las técnicas más comunes son:
- Radiografía simple.
- Mamografía.
- Ecografía.
- Resonancia magnética.
- Tomografías.
- Ultrasonidos.
- TAC.

Funciones del celador en el servicio de rayos:

- Trasladar al paciente de urgencias al servicio de rayos, llevando su identificación, número de historia, para después devolverlo a urgencias para su posterior diagnóstico.

- Llevar pacientes de plantas informando al servicio de enfermería que nos llevamos al paciente, indicándonos cómo podemos llevar al paciente (silla de ruedas, cama, etc.) indicándonos si el paciente debe ir con botella de oxígeno, si tiene algún tipo de aislamiento, número de historia, si lleva bomba de oxígeno o algún tipo de medicación por vía. Se debe intentar que el paciente vaya lo más cómodo posible, teniendo cuidado de no dar golpes al paciente, etc.
- Dentro de la sala de rayos ayudará al técnico a colocar al paciente para que no sufra ningún daño, especialmente si está inconsciente o con movilidad reducida, para después devolver al paciente a su habitación.
- Tendrán coordinación con todo el servicio de rayos: Eco, Resonancia, TAC…, para que el servicio fluya correctamente. Deberá tener paciencia para determinadas situaciones, saber escuchar, demostrando respeto al paciente, empatía con el paciente.
- Tramitarán documentos, comunicaciones verbales, objetos, correspondencia, todo ello sin tardanza.
- Se abstendrá de hacer comentarios con los familiares sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos, debiendo derivar siempre al médico encargado de la asistencia del paciente.
- Estarán siempre localizados en el servicio de rayos X.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de radiología es el servicio más demandado del hospital por su amplia utilidad por el resultado de seguimiento y posterior tratamiento, por lo que será necesario una organización de todo el equipo de radiología. Se realizarán portátiles, donde el celador será el que trasladara la máquina de rayos, ayudando al técnico de rayos a realizar la placa correctamente.

Habrá que asegurarse siempre de identificar al paciente correctamente, siendo fundamental asegurarse del material sanitario que lleve el paciente en el traslado (vías, oxígeno, sueros, bolsa de orina, etc.)

El celador será pieza fundamental, mi propia experiencia en este servicio como celador me dice que, se deberá tener formación adecuada para realizar mi trabajo correctamente.

6 Bibliografía

1. https:// revistamedica.com/celador-en-el-servicio-de-radiologia. www.coreradiologico.com/.

2. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-el-servicio-de-radiodiagnostico.

Capítulo 298

PLANES DE EMERGENCIA HOSPITALRIA ACTUACIÓN DE LOS CELADORES

CONSTANTINA CARMEN DEL CAMPO MORENO

RUBEN PRADO DEL CAMPO

BEATRIZ GÁLVEZ VIDAL

1 Introducción

Los conceptos de accidente y emergencia están muy ligados entre sí. En los establecimientos sanitarios existen numerosas instalaciones y distintas actividades que pueden ocasionar un incendio o explosión.
Algunos son de evaluación rápida, como puede ser la muerte de alguien por electrocución o explosión.
Las medidas contra los accidentes-emergencia son: prevención, protección y la reparación.
En un centro sanitario las emergencias pueden ser muy variadas pudiendo ir desde una situación de catástrofe externa que pueda ocasionar la llegada de nuevos enfermos o heridos como situación de emergencia interna , como alarma de bomba o los posibles accidentes que puedan ocasionarse por las instalaciones o actividades que se desarrollan en el centro hospitalario.
La ley de prevención de riesgos laborales regula las actuaciones a desarrollar en situaciones de emergencia.

El incendio, como emergencia, deberá tener un tratamiento singular que se regula en la Orden 24 de Octubre de 1979 sobre protección antiincendios en centros sanitarios.
El plan de actuación frente a emergencias responde a:
- ¿Que se debe hacer?
- ¿Cuando se debe hacer?
- ¿Como se debe hacer?

La actuación de cada profesional va a depender del nivel de emergencia que nos encontremos.
Nivel 1- Conato
Nivel 2- Emergencia parcial
Nivel 3- Emergencia general

2 Objetivos

La obligación y responsabilidad de formar a todo el personal sanitario y no sanitario y la importancia de implantar un buen plan de emergencia.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente artículo se ha realizado a partir de guías de prevención de riesgos laborales y salud laboral. Búsqueda bibliográfica como google académico, artículos en principales bases de datos como revistas, saceco, forma curae, celadores en un plan de emergencia, etc.

4 Resultados

Finalidad del plan de actuación ante un incendio:
- Que no se materialice la situación que dé origen a siniestro.
- Organizar los recursos humanos y técnicos necesarios para la prevención y lucha contra riesgos como un incendio.
- Garantizar la evacuación de forma coordinada de pacientes, trabajadores y ciudadanos que se encuentren en nuestras instalaciones.
- NIVEL 1. Conato: Puede ser controlado de forma sencilla y rápida con medios y recursos disponibles presentes en el momento.
- NIVEL2. Emergencia parcial: Situación en la que el riesgo o accidente, la intervención del equipo de personas designadas e instruidas expresamente para ello.

- NIVEL3. Emergencia general: Situación que pone en peligro la seguridad e integridad física de las personas siendo necesario el desalojo o evacuación total o parcial.
Requiere la intervención de equipos de alarma, evacuación y ayuda externa.
Constituir diferentes equipos de emergencia.
- Equipos de apoyo, actuaciones de tipo técnico facilitando la ayuda al exterior.
- Equipos de primera intervención, controlar hasta la llegada de equipos especializados.
- Equipos de segunda intervención, utilizan material específico contra incendios.
- Equipos de alarma y evacuación, asegurar la evacuación de forma ordenada del centro.
- Informar a todo el personal del centro.
- Formar a los trabajadores del centro.
MÉTODOS DE TRASLADO
- Por arrastre con silla: rápido y bastante confortable, generalmente para evacuación vertical.
- Por arrastre directo: indicado cuando los humos, imposible de utilizar en evacuación vertical, requieren entrenamiento, son lentos y necesitan gran esfuerzo.
- Por levantamiento: son los mas rápidos, fáciles de aplicar y no requieren excesivo esfuerzo.
- Por arrastre con colchón: seguros y confortables, muy lentos y complicados.
La actuación de los celadores en equipos de segunda intervención, recoger la máxima información de la emergencia procedente de la centralita, aprovisionarse y atacar el fuego bajo las órdenes directas del jefe de intervención.
Resto de los celadores:
- Utilización de ascensores y vías de evacuación.
- Paralizar los ascensores en la planta baja.
- Convertir los ascensores en monta camas.
- Destinar a un celador en cada ascensor desde dentro.
- Destinar dos celadores en urgencias para ayudar a pacientes que acudan por las escaleras y sacar las que acudan por ascensor.
- Cerrar ventanas y puertas de servicio y unidades.

5 Discusión-Conclusión

La implantación de planes de emergencia para posibilitar de forma sencilla una respuesta ante cualquier situación de emergencia, realizar simulacros una vez al año, debiendo ser actualizado periódicamente.

Fundamentalmente serán objeto de señalización:
- Las vías de evacuación y salidas.
- Salida mas próxima que corresponde a su área.
- Localización de los medios de detección, alarma y extinción disponible.
Deben conocerse las señales relativas contra incendios:
- Forma rectangular o cuadrada con pictograma blanco sobre fondo rojo.
Señales de salvamento o socorro:
- Forma rectangular o cuadrada pictograma verde sobre fondo blanco.
Medios técnicos: extintores, son portátiles y sirven para pequeños incendios.
Bocas de incendio.
Sistemas de detección y alarmas de incendio (pulsadores para accionar la alarma manualmente).

6 Bibliografía

http://celadoresonline.blogspot.com/
https://revistamedica.com/
https://congresosicepa.com/

Capítulo 299

RECLAMACIONES Y QUEJAS EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: LAS AGRESIONES VERBALES O FÍSICAS

LIDIA MONOSOR OROZCO

LIDIA BENITA GARRIDO

DARIO MARTINEZ ROMERO

MARI CRUZ MAIZ NAVALON

MARÍA ELENA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

Se considera que una persona ha sufrido violencia en el trabajo si es objeto de amenazas o malos tratos mientras realiza actividades relacionadas con el trabajo y esas acciones ponen en peligro su salud física o mental. para que sirve la base. Designado por la Organización Mundial de la Salud. Tanto la violencia física como la psicológica son parte de ella. La violencia verbal incluye lenguaje venenoso, epítetos y gritos. El último análisis del Ministerio de Sanidad sobre agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud se incluyó en el informe de 2021, datos recopilados sobre agresiones a trabajadores de la salud, incluidos los asistentes administrativos.
El mencionado informe afirma que el abuso verbal constituye violencia a los que los trabajadores sociales y sanitarios están expuestos con mayor frecuencia.

Según la Organización Internacional del Trabajo, los trabajadores de la industria de servicios tienen más probabilidades de ser atacados debido a las estrechas relaciones que desarrollan con los clientes.
El Ministerio de Salud busca poder implementar las medidas necesarias para acabar en lo posible con este flagelo debido a la trascendencia de este tema y a que la violencia laboral puede tener un grave impacto negativo en la integridad física y la salud mental de los trabajadores. Las agresiones en el trabajo también rebajan el nivel de servicio que brinda el Sistema Nacional de Salud.

2 Objetivos

Abordar los aspectos clave a tener en cuenta en relación a las agresiones verbales o físicas al auxiliar administrativo en el desempeño de sus funciones en el servicio de quejas y reclamaciones.

3 Metodología

Se utilizaron para buscar artículos en las bases de datos Scielo y Pubmed para la presente revisión. Asimismo, solo se incluyeron obras estrenadas en los últimos diez años y una búsqueda en Google como el auxiliar administrativo y las quejas¨,¨agresiones verbales¨.

4 Resultados

El personal administrativo, junto con los médicos, experimentan el mayor porcentaje de agresiones en el trabajo porque estos incidentes ocurren predominantemente en áreas administrativas e informativas, así como durante las consultas. La violencia en el lugar de trabajo es un hecho real. Las agresiones físicas y verbales contra los empleados ocurren a diario en el sector salud de nuestra nación. Afectar negativamente es uno de estos ataques, la salud física y mental del trabajador, acarreando enfermedades y efectos que pueden arruinar toda su vida.
Se ha constituido en España un Grupo de Trabajo para el Estudio y Análisis de las Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud. En su último informe de 2021 establece que la mayoría de los ataques tienen como objetivo al personal médico.
La mayoría de las agresiones, en su mayoría verbales y amenazantes, se dan en el sector salud, principalmente contra las mujeres y en las categorías de personal

médico y personal administrativo. Los puntos de acceso e información ocupan el segundo lugar en este ranking.
Adicionalmente, se hace constar en el informe que el agresor suele ser el usuario o paciente y que el trato recibido es la causa alegada por los agresores. Una serie de soluciones que se dividen en tres categorías: promoción y prevención; gestión de la información; y apoyo y respuesta. Se sugieren para abordar el tema de las agresiones a los empleados del Sistema Nacional de Salud.
Estas medidas comprenden, por ejemplo, campañas de prevención, la prestación de apoyo tanto jurídico como psicológico a los trabajadores agredidos, así como la formación e información necesaria sobre cómo responder en casos de agresión a los trabajadores del sector sanitario.
El hecho de que la violencia en el trabajo se considere un riesgo laboral es otro aspecto del problema.

5 Discusión-Conclusión

Un tema actual que cobra cada vez más importancia es la agresión laboral en el sector salud. En caso de potencial conflicto en los centros de salud, los distintos servicios de salud cuentan con un Plan de Prevención y Actuación.
Su objetivo es dar una respuesta a los expertos de la industria, así como a los usuarios, la seguridad que necesitan para visitar el hospital sin sentirse ansiosos. El apoyo legal y de salud para los empleados que viven situaciones de agresividad en el trabajo también está cubierto por este plan. La agresión en el lugar de trabajo también se contempla desde la perspectiva de la prevención de riesgos laborales, y se trabaja diariamente para desarrollar las salvaguardas necesarias.

6 Bibliografía

-https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
-https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 300

LAS TRANSFERENCIAS EN EL ÁREA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS REALIZADAS POR EL CELADOR SANITARIO

FERMÍN GARCÍA SÁNCHEZ

CAROLINA ISABEL FUENTES BERMEJO

MARÍA JOSEFA GONZÁLEZ URREA

1 Introducción

El celador sanitario es un profesional que desempeña un papel importante en el área de urgencias hospitalarias. Entre sus responsabilidades, se encuentra la realización de transferencias de pacientes dentro del hospital.

En el contexto de las urgencias hospitalarias, las transferencias son necesarias cuando se requiere trasladar a un paciente de un área a otra dentro del hospital. Esto puede ser necesario por varias razones, como la necesidad de atención especializada en otro departamento, la realización de pruebas diagnósticas en una ubicación específica o la disponibilidad de camas en una unidad determinada.

El celador sanitario es el encargado de llevar a cabo estas transferencias de manera segura y eficiente. Su labor implica asegurarse de que el paciente esté cómodo durante el traslado, movilizarlo adecuadamente y garantizar su seguridad en todo momento. También pueden colaborar con el personal médico y de enfermería en la movilización y traslado de equipos y suministros necesarios durante la transferencia.

Es importante destacar que el celador sanitario debe estar familiarizado con los protocolos y procedimientos establecidos en el hospital para las transferencias de pacientes. Esto incluye el uso de equipos de movilización adecuados, la comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería, y el seguimiento de las medidas de higiene y seguridad necesarias.

2 Objetivos

Hemos podido dividir los principales objetivos de nuestra revisión entre los siguientes:
1. Evaluar las principales funciones de las transferencias del celador en el área de urgencias hospitalarias.
2. Conocer los tipos de traslados que realiza el celador en el área de urgencias sanitarias.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas
Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline, en Google Académico, SciELO y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre marzo de 2023 y julio de 2023.
Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (”emergency area” OR “sanitary emergency” OR emergency) AND (”health caretaker” OR watchman OR overlooker).

4 Resultados

Encontramos tras el análisis de los resultados obtenidos en nuestra revisión que el celador sanitario es responsable de garantizar que las transferencias de pacientes se realicen de manera segura y eficiente. Su labor implica coordinar con el personal médico y de enfermería para organizar y llevar a cabo las transferencias de pacientes de acuerdo con las indicaciones médicas y los protocolos establecidos. Encontramos entre los principales resultados de nuestra revisión que se deben de cumplir distintos ítems entre los que están:

• Preparación del paciente: El celador ayuda a preparar al paciente para la transferencia, asegurándose de que esté cómodo y seguro durante el proceso. Esto puede implicar el uso de camillas, sillas de ruedas u otros dispositivos de transporte.
• Comunicación: El celador mantiene una comunicación constante con el personal médico y de enfermería, informando sobre el estado del paciente, las necesidades específicas durante la transferencia y cualquier otra información relevante.
• Traslado seguro: El celador se encarga de trasladar al paciente de forma segura desde el área de urgencias hasta el destino designado, como otra unidad hospitalaria, sala de radiología o quirófano. Durante el traslado, el celador debe ser cuidadoso para evitar lesiones o agravar el estado del paciente.
• Registro y documentación: El celador puede ser responsable de registrar la transferencia del paciente en los registros hospitalarios, asegurándose de documentar adecuadamente la hora de salida del área de urgencias y la llegada a la ubicación deseada.
• Es importante destacar que las responsabilidades exactas de un celador sanitario pueden variar según el hospital y las políticas internas. Sin embargo, en general, su función principal durante las transferencias en el área de urgencias es garantizar la seguridad y el bienestar del paciente durante el traslado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las transferencias en el área de urgencias hospitalarias realizadas por el celador sanitario son un componente crucial del proceso de atención médica. El celador desempeña un papel fundamental al coordinar y llevar a cabo las transferencias de pacientes de manera segura y eficiente.
Las responsabilidades del celador sanitario durante las transferencias incluyen la preparación del paciente, la comunicación constante con el personal médico y de enfermería, el traslado seguro del paciente y la documentación adecuada de la transferencia.
El objetivo principal de estas transferencias es garantizar que los pacientes reciban la atención médica necesaria en el lugar adecuado dentro del hospital. La labor del celador sanitario contribuye a mantener el flujo de pacientes y a optimizar la utilización de los recursos hospitalarios.

6 Bibliografía

1. Bergman LM, Pettersson ME, Chaboyer WP, Carlström ED, Ringdal ML. Safety hazards during intrahospital transport: a prospective observational study. Crit Care Med. 2017;45: e1043—9.
2. Kwack WG, Yun M, Lee DS, Min H, Choi YY, Lim SY, et al. Effectiveness of intrahospital transportation of mechanically ventilated patients in medical intensive care unit by the rapid response team: a cohort study. Medicine (Baltimore). 2018;97:e13490.
3. Burgueno˜ P, González C, Sarralde A, Gordo F. Transporte interhospitalario con membrana de oxigenación extracorpórea: cuestiones a resolver. Med Intensiva. 2019;43:90—102.
4. Bosch-Alcaraz A, Alcolea-Monge S, Dominguez-Delso MC, Santaolalla-Bertolin M, Segura-Matute S. Complicaciones del traslado intrahospitalario del paciente pediátrico en oxigenación por membrana extracorpórea. Med Intensiva. 2019;43:507—8.
5. Burgueno˜ Laguía P, Argudo E, Enríquez Corrales F, González Barrutia V, Sánchez-Satorra M, Morales-Codina M. Medicina Intensiva y Medicina Extrahospitalaria: ¿la integración supone la clave del éxito? Proyecto Integra. Med Intensiva. 2020;44:251—4.

Capítulo 301

EL DESEMPEÑO SANITARIO DEL CELADOR EN REHABILITACION HOSPITALARIA Y FISIOTERAPIA

CAROLINA ISABEL FUENTES BERMEJO

MARÍA JOSEFA GONZÁLEZ URREA

FERMÍN GARCÍA SÁNCHEZ

1 Introducción

En el entorno de rehabilitación hospitalaria y fisioterapia, el papel del celador sanitario es fundamental para proporcionar apoyo y asistencia tanto a los pacientes como al equipo médico. La labor del celador contribuye al funcionamiento eficiente de los servicios de rehabilitación y garantiza la comodidad y seguridad de los pacientes durante su proceso de recuperación.

En esta introducción, exploraremos el desempeño sanitario del celador en el ámbito de la rehabilitación hospitalaria y la fisioterapia. Analizaremos las diversas responsabilidades y tareas que el celador realiza en este entorno, y cómo su labor impacta en el bienestar y progreso de los pacientes.

La rehabilitación hospitalaria y la fisioterapia son áreas de atención médica especializadas, destinadas a ayudar a los pacientes a recuperar su funcionalidad y movilidad después de una lesión, enfermedad o cirugía. Durante este proceso, el celador sanitario desempeña un papel activo al brindar apoyo logístico, asistencia física y emocional a los pacientes.

El celador asiste en el traslado de los pacientes desde sus habitaciones hasta las áreas de tratamiento o terapia, garantizando su comodidad y seguridad durante el traslado. Además, colabora en la preparación de las salas y equipos necesarios para las sesiones de terapia, asegurándose de que estén limpios y organizados.
Durante las sesiones de fisioterapia o rehabilitación, el celador proporciona apoyo y asistencia al fisioterapeuta u otro profesional de rehabilitación. Esto puede incluir sostener o ajustar dispositivos de apoyo, colaborar en ejercicios específicos y brindar ayuda al paciente durante las actividades terapéuticas.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.
1. Identificar la eficacia de las distintas trasferencias y traslados que realiza el celador con los pacientes que acuden a rehabilitación física.
2. Observar las modalidades de traslados que realiza el celador sanitario con pacientes que están en el proceso de fisioterapia.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas
Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico, SciELO y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y julio de 2023.
Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (”physical rehabilitation” OR rehabilitation) AND (”health caretaker” OR watchman OR overlooker).

4 Resultados

El celador sanitario desempeña un papel importante en el entorno de rehabilitación hospitalaria y fisioterapia al brindar apoyo y asistencia tanto a los pacientes como al equipo médico. Su labor contribuye al funcionamiento eficiente de los servicios de rehabilitación y ayuda a garantizar la comodidad y seguridad de los pacientes durante su proceso de recuperación.

A continuación, se presentan algunas áreas clave en las que el celador sanitario desempeña un papel relevante en la rehabilitación hospitalaria y la fisioterapia:
• Asistencia en el traslado de pacientes: El celador ayuda a trasladar a los pacientes desde sus habitaciones hasta las áreas de tratamiento o terapia. Pueden utilizar camillas, sillas de ruedas u otros dispositivos de movilidad para garantizar la comodidad y seguridad del paciente durante el traslado.
• Apoyo logístico: El celador colabora con el equipo de fisioterapia y rehabilitación al preparar las salas y equipos necesarios para las sesiones de terapia. Pueden ayudar en la limpieza y organización del espacio de tratamiento, así como en la preparación de materiales y equipos específicos.
• Asistencia durante las sesiones de terapia: Durante las sesiones de fisioterapia o terapia de rehabilitación, el celador puede proporcionar apoyo y asistencia al fisioterapeuta u otro profesional de rehabilitación. Esto puede incluir sostener o ajustar dispositivos de apoyo, colaborar en ejercicios específicos o brindar asistencia al paciente durante las actividades terapéuticas.
• Seguridad y prevención de riesgos: El celador sanitario se asegura de que las áreas de rehabilitación sean seguras y estén libres de obstáculos que puedan representar un riesgo para los pacientes. También pueden ayudar a garantizar el cumplimiento de las normas de seguridad y los protocolos de higiene en el entorno de rehabilitación.
• Apoyo emocional y bienestar del paciente: El celador puede proporcionar apoyo emocional a los pacientes durante su proceso de rehabilitación. Pueden escuchar y brindar compañía a los pacientes, ofreciendo palabras de aliento y asegurándose de que se sientan cómodos y tranquilos durante las sesiones de terapia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el celador sanitario desempeña un papel esencial en el entorno de rehabilitación hospitalaria y fisioterapia. Su labor incluye asistencia en el traslado de pacientes, apoyo logístico, asistencia durante las sesiones de terapia, garantía de la seguridad y prevención de riesgos, así como brindar apoyo emocional y bienestar a los pacientes. Su presencia y apoyo contribuyen a un proceso de rehabilitación exitoso y brindan un entorno seguro y cómodo para los pacientes en su camino hacia la recuperación. Su labor incluye asistencia en el traslado, apoyo logístico, colaboración durante las sesiones de terapia, seguridad y prevención de riesgos. El celador sanitario desempeña un papel vital en este entorno, proporcionando un apoyo integral que contribuye al éxito de los programas de rehabilitación y al bienestar de los pacientes en su camino hacia la recuperación.

6 Bibliografía

1. Hakkennes SJ, Brock K, Hill KD. Selection for inpatient rehabilitation after acute stroke: a systematic review of the literature. Arch Phys Med Rehabil 2011; 92: 2057-70.
2. New PW. The assessment and selection of potential rehabilitation patients in acute hospitals: a literature review and commentary. The Open Rehabilitation Journal 2009; 2: 24-34.
3. Duarte E. Rehabilitación del ictus: modelo asistencial. Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, 2009. Rehabilitación 2010; 44: 60-8.
4. De Wit L, Putman K, Schuback B, Komarek A, Angst F, Baert I, et al. Motor and functional recovery after stroke: a comparison of 4 European rehabilitation centers. Stroke 2007; 38: 2101-7.
5. Vega Valdés P, Murias Quintana E, Morales Santos E, Cigarrán Sexto H, Larrosa Campo D, Benavente Fernández L, et al. Análisis de los costes directos asociados a la trombectomía mecánica y a la fibrinólisis intravenosa en el Hospital Universitario Central de Asturias. Rev Neurol 2018; 66: 7.

Capítulo 302

LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Y EL PAPEL DEL CELADOR SANITARIO EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR SANITARIO

MARÍA JOSEFA GONZÁLEZ URREA

CAROLINA ISABEL FUENTES BERMEJO

FERMÍN GARCÍA SÁNCHEZ

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un área crucial en cualquier centro hospitalario, donde se brinda atención especializada a pacientes en estado crítico. En este entorno, el papel del celador sanitario como parte del equipo multidisciplinario sanitario es de suma importancia. El celador trabaja en colaboración con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para garantizar el cuidado integral y la seguridad de los pacientes.

En esta introducción, exploraremos el papel del celador sanitario en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y su contribución al equipo multidisciplinario sanitario. Analizaremos las responsabilidades específicas del celador en este contexto y cómo su labor es esencial para el adecuado funcionamiento de la UCI y el bienestar de los pacientes críticos.

La UCI es un entorno altamente especializado donde se brinda atención médica intensiva a pacientes con condiciones críticas, como enfermedades graves, lesiones traumáticas o después de cirugías de alto riesgo. El celador sanitario

desempeña un papel clave en este entorno al proporcionar asistencia logística, apoyo emocional y colaboración en las actividades diarias.
El celador sanitario desempeña un papel crucial en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como parte del equipo multidisciplinario sanitario. Su labor abarca desde el traslado y movilización de pacientes hasta el apoyo logístico y el acompañamiento emocional. El celador sanitario juega un papel fundamental en el cuidado integral de los pacientes críticos y en el funcionamiento exitoso de la UCI.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.
1. Identificar la eficacia de los distintos cuidados y ayudas que realiza el celador en la unidad de cuidados intensivos.
2. Observar las modalidades de cuidados y ayudas del celador en la unidad de cuidados intensivos hospitalaria.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas
Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline, en Google Académico, SciELO y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2022 y junio de 2023.
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (”intensive care unit” OR uci OR icu) AND (”health caretaker” OR watchman OR overlooker).

4 Resultados

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un entorno altamente especializado y de alta demanda, donde se brinda atención médica a pacientes en estado crítico o que requieren monitoreo y cuidados intensivos. El celador sanitario desempeña un papel esencial dentro del equipo multidisciplinar, trabajando junto a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud.
El papel del celador sanitario en la UCI puede incluir:

• Traslado y movilización de pacientes: El celador se encarga del traslado de los pacientes desde otras áreas del hospital a la UCI, así como de movilizarlos dentro de la unidad según sea necesario. Esto implica utilizar técnicas adecuadas de manejo de pacientes y colaborar estrechamente con el personal de enfermería para garantizar la seguridad y comodidad del paciente durante el traslado.
• Apoyo logístico: El celador sanitario colabora en tareas logísticas dentro de la UCI, como el abastecimiento de suministros médicos, la preparación de las salas y la gestión de equipos y dispositivos necesarios para el cuidado de los pacientes. Además, puede ayudar en la preparación de los espacios para procedimientos médicos o intervenciones.
• Asistencia al equipo de enfermería y médicos: El celador apoya al equipo de enfermería y médicos en la realización de tareas cotidianas, como la toma de constantes vitales, la limpieza y desinfección de equipos, y la colaboración en la movilización y posicionamiento de los pacientes. También puede colaborar en la entrega y recogida de muestras de laboratorio.
• Comunicación y apoyo a los pacientes y sus familiares: El celador sanitario es una figura de apoyo tanto para los pacientes como para sus familiares en la UCI. Brinda información y orientación sobre el entorno de la UCI, los procedimientos médicos y las normas del lugar. También puede ofrecer apoyo emocional y escucha activa, proporcionando consuelo y respondiendo a las preguntas y preocupaciones de los pacientes y sus familias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el celador sanitario desempeña un papel crucial en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como parte del equipo multidisciplinario sanitario. Su labor abarca desde el traslado y movilización de pacientes hasta el apoyo logístico y el acompañamiento emocional. El celador sanitario juega un papel fundamental en el cuidado integral de los pacientes críticos y en el funcionamiento exitoso de la UCI. La labor del celador sanitario en la UCI es esencial para el funcionamiento eficiente y seguro de la unidad. Su trabajo en el traslado y movilización de pacientes, apoyo logístico, asistencia al equipo de enfermería y médicos, y apoyo emocional a pacientes y familiares contribuye directamente al bienestar y la atención integral de los pacientes críticos.

6 Bibliografía

1. Barger, L. K., Runyon, M. S., Renn, M. L., Moore, C. G., Weiss, P. M., Condle, J. P., Flickinger, K. L., Divecha, A. A., Coppler, P. J., Sequeira, D. J., Lang, E. S., Higgins, J. S. y Patterson, P. D. (2018). Effect of Fatigue Training on Safety, Fatigue, and Sleep in Emergency Medical Services Personnel and Other Shift Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. Prehospital Emergency Care, 22(sup1), 58–68.
2. Proper, K. I., van de Langenberg, D., Rodenburg, W., Vermeulen, R. C. H., van der Beek, A. J., van Steeg, H. y van Kerkhof, L. W. M. (2016). The Relationship Between Shift Work and Metabolic Risk Factors. American Journal of Preventive Medicine, 50(5), Artículo e147-e157. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.11.013
3. Drake, C. L., Roehrs, T., Richardson, G., Walsh, J. K. y Roth, T. (2004). Shift Work Sleep Disorder: Prevalence and Consequences Beyond that of Symptomatic Day Workers. Sleep, 27(8), 1453–1462. https://doi.org/10.1093/sleep/27.8.1453
4. Rosenbluth, G. y Landrigan, C. P. (2012). Sleep Science, Schedules, and Safety in Hospitals. Pediatric Clinics of North America, 59(6), 1317– 1328. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.09.001

Capítulo 303

EL CELADOR EN EL TRASLADO DE PACIENTES QUE ESTÁN INGRESADOS EN LOS CENTROS DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

YOANA PAREJA VERDEJO

1 Introducción

El daño cerebral adquirido es una lesión o trauma en el cerebro que ocurre después del nacimiento y puede ser causado por accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales u otras condiciones médicas. Los pacientes con daño cerebral adquirido a menudo requieren atención especializada en centros especializados donde se brinda rehabilitación y cuidados específicos. En este contexto, el trabajo del celador sanitario es esencial en el traslado de estos pacientes, asegurando su comodidad y seguridad durante el proceso.

En esta introducción, exploraremos el papel del celador sanitario en el traslado de pacientes que están ingresados en los centros de daño cerebral adquirido. Analizaremos las responsabilidades específicas del celador en este contexto y cómo su labor contribuye al cuidado integral de estos pacientes durante su estancia en el centro.

Los centros de daño cerebral adquirido son entornos especializados donde se brinda atención médica, rehabilitación y cuidados intensivos a pacientes con lesiones cerebrales significativas. El celador sanitario juega un papel fundamental en estos centros al asegurar el traslado seguro y cómodo de los pacientes, teniendo en cuenta las necesidades y requerimientos específicos de cada caso. Es

por tanto la importancia del celador y sus traslados y transferencias en estos centros con pacientes con problemas de daño cerebral.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.
1. Identificar la eficacia de las distintas trasferencias y traslados que realiza el celador en el ámbito de los centros con pacientes con daño cerebral adquirido.
2. Observar las modalidades de traslados que realiza el celador sanitario en esta área de daño cerebral.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas
Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico, SciELO y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre marzo de 2022 y junio de 2023.
Estrategia de búsqueda
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (”acquired brain damage ” OR “brain damage”) AND (”health caretaker” OR watchman OR overlooker) AND random*[tw]. Hemos mantenido los mismos términos para las demás bases de datos consultadas.

4 Resultados

Las responsabilidades del celador sanitario en el traslado de pacientes con daño cerebral adquirido pueden incluir:
• Traslado seguro y cómodo: El celador se encarga de trasladar a los pacientes de manera segura y cómoda desde su habitación o área de atención hasta diferentes áreas dentro del centro, como la sala de terapia, consultorios médicos o salas de diagnóstico. Durante el traslado, el celador se asegura de utilizar las técnicas adecuadas de manejo y colaborar estrechamente con el personal de enfermería y terapeutas para garantizar la seguridad y comodidad del paciente.

• Apoyo físico y emocional: El celador proporciona apoyo físico y emocional a los pacientes durante el traslado. Esto puede incluir ayudar al paciente a movilizarse, utilizar sillas de ruedas o dispositivos de asistencia, y ofrecer palabras de aliento y tranquilidad para aliviar cualquier ansiedad o temor que el paciente pueda tener.
• Colaboración con el equipo médico y terapéutico: El celador trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico y terapéutico del centro de daño cerebral adquirido. Se comunica con ellos para coordinar los traslados, compartir información relevante sobre el paciente y asegurarse de que se cumplan las necesidades específicas del paciente durante el proceso de atención y rehabilitación.
• Asistencia en el manejo de equipos y dispositivos: Los pacientes con daño cerebral adquirido a menudo requieren el uso de equipos y dispositivos de asistencia para su movilidad. El celador puede ayudar en el manejo y uso adecuado de estos dispositivos, garantizando la seguridad y comodidad del paciente durante el traslado. Su labor en el traslado seguro y cómodo, el apoyo físico y emocional, la colaboración con el equipo médico y terapéutico, y la asistencia en el manejo de equipos contribuye directamente al cuidado integral de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el celador sanitario desempeña un papel crucial en el traslado de pacientes que están ingresados en los centros de daño cerebral adquirido. Su labor en el traslado seguro y cómodo, el apoyo físico y emocional, la colaboración con el equipo médico y terapéutico, y la asistencia en el manejo de equipos es esencial para garantizar una atención integral y de calidad para estos pacientes durante su proceso de rehabilitación y cuidado en el centro.
El trabajo del celador sanitario en el traslado de pacientes que están ingresados en los centros de daño cerebral adquirido es esencial para garantizar la comodidad, seguridad y bienestar de los pacientes durante su estancia en el centro.

6 Bibliografía

1. Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy, Speyer RA. Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. Dysphagia. 2016; 31(3): 434-441.
2. Rofes L, Muriana D, Palomeras E, Vilardell N, Palomera E, Alvarez-Berdugo D, et al. Prevalence, risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: A cohort study. Neurogastroenterol Motil. 2018; 30(8):13338.

3. González F, Lavados P, Olavarría V. Incidencia poblacional, características epidemiológicas y desenlace funcional de pacientes con ataque cerebrovascular isquémico y afasia. Rev Med Chile. 2017;145: 194-200.
4. Cruz-Guisado V, Díaz-Borrego P, Romero-Romero B, Rodríguez-Piñero Durán M. Medición de resultados en el daño cerebral adquirido en una unidad de neurorrehabilitación. Estudio a largo plazo. Rev Neurol. 2017; 64: 257-263.
5. Peña-Chávez R, López-Espinoza M, Guzmán-Inostroza M, Jara-Parra M, Salgado-Ferrada C, Sepúlveda Arriagada C, et al. Trastornos asociados a la disfagia orofaríngea postictus. Rev Neurol. 2015; 61: 295-300.

Capítulo 304

EL TRASLADO EN LA PLANTA DE GERIATRÍA HOSPITALARIA POR PARTE DEL CELADOR SANITARIO

DIEGO PÉREZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La planta de Geriatría Hospitalaria se dedica al cuidado de los pacientes de edad avanzada que requieren atención médica especializada debido a condiciones de salud relacionadas con el envejecimiento. En este entorno, el papel del celador sanitario es fundamental en el traslado de los pacientes en la planta de Geriatría Hospitalaria, garantizando su seguridad, comodidad y bienestar durante el proceso.

En esta introducción, exploraremos el trabajo del celador sanitario en el traslado de los pacientes en la planta de Geriatría Hospitalaria. Analizaremos las responsabilidades específicas del celador en este contexto y cómo su labor contribuye al cuidado integral de los pacientes de edad avanzada durante su estancia en el hospital.

La Geriatría Hospitalaria se enfoca en atender las necesidades médicas y de cuidado de los pacientes mayores, quienes a menudo presentan múltiples condiciones médicas y requerimientos especiales. El celador sanitario juega un papel crucial en esta área al garantizar el traslado seguro y adaptado de los pacientes de edad avanzada, teniendo en cuenta sus necesidades y limitaciones.

Es importante que el celador sanitario esté correctamente formado en el trato con este tipo de pacientes los cuales suelen tener unos problemas asociados los cuales a la hora de los traslados son fundamentales.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.
1. Identificar la eficacia de las distintas trasferencias y traslados que realiza el celador con pacientes que están ingresados en la planta de geriatría.
2. Observar las modalidades de traslados que realiza el celador sanitario con pacientes que están en la planta hospitalaria de geriatría.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas
Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline, en Google Académico, SciELO y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre abril de 2023 y julio de 2023.
La estrategia de búsqueda en Medline fue: (”social health center” OR “geriatric patient”) AND (”health caretaker” OR watchman OR overlooker) AND “patient transfers”.

4 Resultados

Encontramos tras el análisis de los resultados analizados que, las responsabilidades del celador sanitario en el traslado de los pacientes en la planta de Geriatría Hospitalaria pueden incluir:
• Traslado seguro y cómodo: El celador se encarga de trasladar a los pacientes de manera segura y cómoda desde sus habitaciones hasta diferentes áreas dentro de la planta, como consultorios médicos, salas de procedimientos o salas de terapia. Durante el traslado, el celador utiliza técnicas adecuadas de manejo de pacientes y colabora con el personal de enfermería para garantizar la seguridad y comodidad del paciente.
• Adaptación a las necesidades individuales: Los pacientes de edad avanzada pueden tener requerimientos específicos debido a su estado de salud o movilidad reducida. El celador se adapta a estas necesidades individuales, utilizando dispositivos de ayuda a la movilidad, como sillas de ruedas o camillas, para asegurar un traslado seguro y confortable.

• Apoyo emocional: El celador sanitario brinda apoyo emocional a los pacientes durante los traslados. Puede ofrecer palabras de aliento, tranquilidad y comprensión, ayudando a aliviar cualquier ansiedad o temor que los pacientes puedan experimentar durante el proceso de traslado.
• Colaboración con el equipo médico y de enfermería: El celador trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico y de enfermería en la planta de Geriatría Hospitalaria. Se comunica con ellos para coordinar los traslados, compartir información relevante sobre los pacientes y asegurarse de que se cumplan las necesidades específicas de cada individuo durante el proceso de atención y cuidado.
• Su labor en el traslado seguro y cómodo, la adaptación a las necesidades individuales, el apoyo emocional y la colaboración con el equipo médico y de enfermería contribuye directamente al cuidado integral de los pacientes en la planta de Geriatría Hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Encontramos en nuestra revisión que el trabajo del celador en los traslados de pacientes geriátricos, en conclusión, el celador sanitario desempeña un papel crucial en el traslado de los pacientes en la planta de Geriatría Hospitalaria. Su labor en el traslado seguro y cómodo, la adaptación a las necesidades individuales, el apoyo emocional y la colaboración con el equipo médico y de enfermería es esencial para garantizar una atención integral y de calidad para los pacientes de edad avanzada durante su estancia en la planta de Geriatría Hospitalaria. El trabajo del celador sanitario en el traslado de los pacientes en la planta de Geriatría Hospitalaria es esencial para garantizar la seguridad, comodidad y bienestar de los pacientes de edad avanzada.

6 Bibliografía

1. Chen W, Hung Y, Huang SJ, et al. (2019). Nationwide analysis of medical utilization in people with severe mental illness receiving home care case management. Schiz.Res 208: 60-66.
2. Hailemariam M, Fekadu A, Medhin G, et al. (2019). Equitable access to mental healthcare integrated in primary care for people with severe mental disorders in rural Ethiopia: a community-based cross-sectional study. Int J Ment Health Syst 13: 78.

3. Hastrup LH, Aagaard J. (2015). Costs and outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural área in Denmark: 4-year register-based follow-up. Nordic J. psychiatry 69(2): 110-7.
4. Isaacs A, Beauchamp A, Sutton K. and Kocaali N. (2019). Care Coordination Can Reduce Unmet Needs of Persons With Severe and Persistent Mental Illness. Front Psychiatry 10: 563.
5. Martin-Perez, C., J. J. Herrero-Martin, G. Perez-Lopez, R. et al. (2019). Severe Mental Illness in Community Mental Health Care in Spain: Prevalence and Related Factors. J Nerv Ment Dis 207(2): 106-111

Capítulo 305

EL TÉCNICO AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS PRINCIPALES HABILIDADES SOCIALES QUE DEBEN DE DESARROLLAR

ANGELA SERRANO LOPEZ

1 Introducción

Los técnicos auxiliares administrativos deben de desarrollar ciertas habilidades sociales, ya que dentro del entorno en el que desarrollan sus funciones tratan con una infinidad de personas, ya sean pacientes, familiares o profesionales.
Por ello deben de saber comunicar, escuchar y prestar la información necesaria, sabiendo expresarse en cada momento y adaptándose a las diferentes personas con las que debe de tratar.
Es importante brindar una buena calidad asistencial y cerciorarnos de que el paciente entiende a la perfección toda la información que le proporcionamos.
Es fundamental tener habilidades sociales cuando te encuentras cara al público, ya que gracias a ello podemos establecer una comunicación efectiva y que los pacientes puedan entender la información que se les proporciona.
Algunas de las habilidades clave que es fundamental desarrollar son: Empatía, Escucha activa, comunicación clara, concisa y eficaz, paciencia y tolerancia.
Estas habilidades se consideran esenciales para poder brindar un servicio de calidad y así poder garantizar una satisfacción con los pacientes. Al desarrollar y

practicar estas habilidades podemos mejorar la atención y poder construir relaciones sólidas basadas en la confianza y la satisfacción bidireccional.
Los técnicos auxiliares administrativos son las primeras personas que encuentran los pacientes a la llegada al hospital, ya sea en urgencias, hospitalización o citas.

2 Objetivos

Conocer o identificar cuales son las principales habilidades sociales que deben de desarrollar los técnicos auxiliares administrativo dentro del entorno sanitario

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica, consultando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.
También se ha consultado la literatura científico-sanitaria existente en referencia con las habilidades sociales.

4 Resultados

Las principales habilidades sociales son:
Empatía: Entendemos la empatía como la capacidad que desarrollamos para ponernos en el lugar del paciente y así poder comprender las emociones, preocupaciones y necesidades. Esta habilidad permite que podamos ofrecer un trato más cercano y amable además de establecer un ambiente de confianza.
Escucha activa: Esta habilidad consiste en prestar atención a lo que el paciente nos está comunicando. Para ello realizaremos preguntas que sean relevantes para así poder responder de una manera adecuada, siempre mostrando interés por la información que estamos recibiendo.
Comunicación clara: Esta es una habilidad que nos permite expresarnos de manera clara, utilizando siempre un lenguaje sencillo y evitando palabras técnicas que el paciente no sepa qué es lo que significan.
Paciencia: La paciencia y la tolerancia es una capacidad que nos permite mantener la calma para así poder manejar las situaciones difíciles que se puedan presentar en nuestro turno de trabajo.
Resolución de problemas: Es importante desarrollar esta habilidad para saber

identificar y resolver aquellos problemas que puedan surgir de una manera eficiente y poder ofrecer alternativas cuando sea necesario.
Flexibilidad: esta capacidad se caracteriza por saber adaptarse a las diferentes circunstancias y las necesidades del paciente. Esto nos ayudará a poder satisfacer todas las necesidades de los pacientes y brindar un servicio personalizado.
Trabajo en equipo. en el entorno sanitario los técnicos auxiliares administrativos trabajan en conjunto con un equipo multidisciplinar compuesto de diferentes profesionales como pueden ser: médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería… Por ello deberemos de garantizar que la experiencia sea una asistencia integral y personalizada.
Es también muy importante, puesto que dentro de nuestras funciones manejamos multitud de información confidencial conocer la ley de protección de datos para poder brindar la correcta privacidad.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar en el presente trabajo de investigación, es importante que los técnicos auxiliares administrativos desarrollen diversas habilidades sociales para así garantizar que los pacientes reciben una correcta asistencia sanitaria.
Para ello utilizaremos diversas habilidades como lo hemos detallado, lo que nos ayudará a poder entender y ayudar a los pacientes siempre que lo necesiten.
Es importante saber comunicar y realizar estas técnicas mientras nos encontremos realizando nuestro trabajo.
Los técnicos auxiliares administrativos son las personas que primero reciben al paciente, son una figura fundamental dentro del entorno sanitario, ya que los usuarios siempre acuden a nosotros para poder resolver las diferentes dudas que les puedan surgir.

6 Bibliografía

https://revistamedica.com/habilidades-sociales-ambito-sanitario/
https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-habilidades-sociales-profesionales-urgencias-cuidados-
https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo

Capítulo 306

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

JUAN IGNACIO MUÑOZ PINILLA

ROCÍO FERNÁNDEZ ASENSIO

MARÍA DEL MAR CORROCHANO LÓPEZ

MONTSERRAT REDONDO PÉREZ

SARA GARCIA PINILLA

1 Introducción

El auxiliar administrativo hospitalario, cualquiera que sea el servicio en el que trabaja, debe ser conocedor tanto de los derechos como de las obligaciones o deberes de los pacientes, para realizar su labor adecuadamente, sin extralimitarse en sus funciones.

Son las gerencias hospitalarias las responsables de formar a estos trabajadores al respecto, encargados del registro del paciente y el nexo entre ellos y la asistencia sanitaria que demandan.

Dichas gerencias, deben ofrecer al empleado un documento que pueda consultar, en todo momento, de los derechos y deberes u obligaciones de los pacientes y que ese trabajador pueda mostrarlo a los usuarios, en caso de que incumplan con alguna obligación o demanden derechos con los que no cuentan.

Sería plausible que en todos los servicios donde realiza su labor el auxiliar administrativo relacionado directamente con el paciente, las gerencias pusieran cartelería en la que constasen, a grandes rasgos, tanto los derechos como los deberes de los usuarios, ya que nunca está de más, recordarnos los límites a la hora de demandar asistencia sanitaria.
De esta forma, quizás, se evitaría parte de los problemas entre el auxiliar administrativo que acoge a un paciente y el paciente en cuestión y se protegería más a ambas partes.

2 Objetivos

Constatar que el auxiliar administrativo que trata con el paciente, tiene la obligación de conocer los derechos y deberes del mismo, para realizar su tarea adecuadamente.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica por internet, en varias páginas de los derechos y deberes de los pacientes en la sanidad española. Se ha realizado una revisión de los datos y se ha redactado dicho capítulo.

4 Resultados

El auxiliar administrativo hospitalario debe ser conocedor de los derechos y deberes de los pacientes, que son:
- El paciente, tiene derecho a recibir atención médica adecuada, con un trato digno y respetuoso, siendo informado de forma clara, oportuna y veraz. Dentro de esto, debemos aclarar que, por ejemplo, en el servicio de Urgencias, todas las personas que acuden, deben ser tratadas sanitariamente, tengan o no documentación en regla.
- Debe poder decidir libremente sobre su atención, dar o negar consentimiento informado, ser tratado con confidencialidad y tener acceso a una segunda opinión. Es decir, puede negarse a consentir que se le realice una prueba o examen, una vez haya sido informado de las ventajas e inconvenientes de la misma, deben tratarse sus datos con respeto y de acuerdo a la Ley de Protección de Datos y recibir otro análisis de su dolencia o enfermedad, por parte de otro profesional, si no está de acuerdo con el actual.

- Tiene derecho a recibir atención médica en caso de urgencia, contando con un expediente clínico en todas las actuaciones asistenciales. Ser atendido ante cualquier queja sobre el trato médico obtenido.

Así como de las obligaciones, que son:
- Los pacientes deben informar de forma veraz de los síntomas que causan su enfermedad.
- Participar en las medidas para recuperar su salud.
- Tratar con respeto al personal tanto sanitario como no sanitario en el proceso de su atención médica.
- Debe informar de cualquier falta de ética por parte de los profesionales que le atienden.
- Debe cumplir con las normas hospitalarias, respetar y cumplir las indicaciones de los profesionales o informar sobre el rechazo de las mismas.
- Si no puede cumplir con el tratamiento, deberá solicitar alternativa.
- Tiene la obligación de informar si requiere una segunda opinión.
- En caso de querer cambiar de médico, debe comunicarlo al actual.

5 Discusión-Conclusión

Las gerencias hospitalarias son las responsables de informar a los trabajadores, en este caso, al auxiliar administrativo de cara al paciente, de los derechos y las obligaciones de los mismos. Deben exigirles que respeten los derechos de los pacientes así, como informar a los mismos de sus deberes si no son conocedores de ellos.
En todas las gerencias o áreas sanitarias, debería haber cartelería que informe de los derechos y deberes de los pacientes.
El auxiliar administrativo que falte a los derechos de los demandantes de asistencia sanitaria o a aquellos que ya la estén recibiendo, puede y deben ser sancionados.

6 Bibliografía

1. Derechos y obligaciones del paciente. Disponible en: htpps://centromedicoabc.com/derechos-ogligaciones-del-paciente/
2. Derechos y deberes del paciente. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/hospital/ninojesus/ciudadanos/derechos-deberes-paciente.

Capítulo 307

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

RAFAEL ROMERO ESPINOSA

1 Introducción

La Rehabilitación es el término general para referirse a la atención sanitaria dirigida a atender las secuelas de una enfermedad o trauma que causen disfunción y discapacidad al paciente, con el objetivo de restituir a la persona el máximo grado de su capacidad funcional y la mayor independencia posible.

Para conseguir ese objetivo, en la Unidad de Rehabilitación trabajan de forma coordinada un equipo de profesionales multidisciplinar: médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, logopedas, terapeutas ocupacionales y celadores.

En cuanto a las funciones que desemplea el celador en la Unidad de Rehabilitación, a parte de las funciones generales, que son comunes en todos los servicios donde se encuentre, como por ejemplo: vigilancia de las entradas, traslado de los pacientes, de la documentación, de aparatos… el celador adscrito al servicio de rehabilitación debe de estar especialmente formado en conocer y dominar la movilización de los pacientes, así como las posiciones básicas en las que puede trabajar el fisioterapeuta sobre el paciente.

Esto es debido a que en este área, el porcentaje de pacientes con limitación de la movilidad es mucho mayor que en otras áreas hospitalarias. Por ejemplo, un paciente tetrapléjico en fase aguda deberá ser manejado “en bloque” o un paciente con hemiplejía deberá ser transportado de la silla de ruedas a la camilla

de una manera concreta. Por otra parte, estas movilizaciones van a requerir que el celador posea unas condiciones físicas adecuadas dado el esfuerzo que va a realizar.

Por último es necesario que el celador que trabaje en la Unidad de Rehabilitación esté familiarizado y conozca los materiales ortoprotésicos habituales en este servicio, como por ejemplo:
- Materiales que ayudan en la marcha: muletas, andadores, sillas de ruedas.
- Cojines antiescaras: se utilizan para evitar la aparición de úlceras por inmovilización prolongada.
- Cinturón de movilización: facilita el levantamiento del paciente, el giro o el movimiento necesario, sin tener que sujetar al paciente por la ropa.
- Ortesis posturales y de función: son sujeciones que evitan la aparición de deformidades o que compensan una función deficitaria.
- Medios auxiliares de la marcha: ayudas fijas (pasamanos, barras paralelas), ayudas autoestables (andadores, bastones multipodales: aquellos que disponen de 3 o 4 puntos de contacto).
- Transfers y grúas: permiten la elevación, trasporte y acomodamiento del paciente sobre diferentes lugares (cama, baño, etc).

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en la Unidad de Rehabilitación
- Reseñar la actividad general que se lleva a cabo en este servicio, las necesidades de los pacientes atendidos en él y los materiales ortoprotésicos más comunes.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diferentes fuentes como manuales para formación de celadores, temarios de oposiciones, ciclos formativos y artículos académicos relacionados con las funciones del celador de forma general y en la Unidad de Rehabilitación en particular, revisando las características que diferencian la actuación del celador en este área frente a otras.

4 Resultados

Las funciones más destacables del celador en la Unidad de Rehabilitación son:

1. El traslado de los pacientes: puede ser desde la habitación donde permanezca ingresado o desde cualquier otra dependencia (incluyendo vehículo privado o ambulancia) hasta la sala de Rehabilitación y viceversa.

2. Teniendo en cuenta que los pacientes que se encuentran en Rehabilitación presentan movilidad reducida, se deduce que una de las funciones más específicas del celador en esta zona, es la de ayudar a los fisioterapeutas y o al profesional que corresponda, para movilizar cuidadosamente a los pacientes y colocarlos de la forma adecuada para que así puedan trabajar bien. También ayudarán a la sujeción del paciente que lo necesite.

3. Trasladarán o conducirán con la mayor brevedad posible, las comunicaciones verbales, los documentos, objetos, aparatos o mobiliario que le sea requerido por sus superiores.

4. Cuidarán de que los pacientes no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la institución, evitando el deterioro del material o instruyéndoles en el uso y manejo de útiles del servicio en general.

5. Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que estén realizando a los mismos. Tampoco deberán informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico correspondiente.

6. Vigilarán las entradas de la Unidad de Rehabilitación, no permitiendo el acceso a sus dependencias de aquellas personas que no estén autorizadas para ello.

7. Intentarán conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Unidad de Rehabilitación.

8. En el caso de conflicto con algún paciente, familiar o intruso, requerirá de forma inmediata la presencia del personal de Seguridad .

5 Discusión-Conclusión

Además de las funciones propias y generales del celador en cualquier otra área de la institución sanitaria, es muy importante destacar la asistencia que realiza el celador en la Unidad de Rehabilitación.

En este área de trabajo, los pacientes tienen importantes limitaciones en su movilidad y el celador deberá realizar una meticulosa colocación y posicionamiento de

los pacientes en su lugar de tratamiento, para facilitar el trabajo del fisioterapeuta ú otro profesional del equipo y no agravar la condición física del paciente.

Esta asistencia se proporcionará, teniendo en cuenta aspectos generales de seguridad para el paciente y también las particularidades individuales que necesite según la propia lesión que tenga.

El celador deberá conocer los diferentes aparatos y recursos terapéuticos del servicio: bastones, silla de ruedas, ortesis, grúas, planos inclinados, barras paralelas, rueda de hombro, poleas… Así mismo, deberá estar pendiente de que su estado sea el adecuado. Revisarán que los apoyos, contactos y ajustes sean los necesarios (ni demasiado apretados ni demasiado sueltos).

Todos los profesionales que trabajen en el servicio de rehabilitación, deberán de hacerlo de forma coordinada con el objetivo de conseguir un tratamiento óptimo para cada paciente, a fin de ayudarle a recuperar la mayor capacidad funcional y autonomía posible.

6 Bibliografía

1. Fayos Monzó, E. (2021). Revista Ocronos. Vol. IV; nº5: 176, mayo de 2021.
2. Fernández Suarez, MA. Revista Ocronos. Vol. III. nº 2: 144, Junio 2020.
3. Gordón, A., Cervera, M., Estevez, M.A., (2017). Celador del Servicio de Salud de Castilla – La Mancha (SESCAM). MAD.

Capítulo 308

EL ACOSO SEXUAL EN EL ÁMBITO LABORAL

MARCOS GONZÁLEZ ALLER

1 Introducción

El acoso sexual en el trabajo es un problema muy habitual en nuestros días. Una situación que crea en la victima indefensión, un clima laboral insoportable, así, como diversos problemas de salud físicos y psíquicos.

Se considera acoso sexual en el lugar de trabajo cualquier conducta e insinuación de tipo sexual que sea rechazada por la víctima y que provoque en esta una situación de estrés e indefensión.

El acoso sexual es ejercido por personas que tienen sobre la víctima una posición de fuerza y que se aprovechan de esta situación para intimidar y humillar a la persona en su lugar de trabajo, ya sea porque es un superior jerárquico, o porque tiene una posición de fuerza, o de influencia en el grupo de trabajadores.

Este tipo de comportamientos tienen para la víctima unas consecuencias fatales, con repercusiones para su salud mental y física, además de dañar su carrera profesional y afectar a su vida familiar.

Por otra parte, es preocupante que este tipo de comportamientos no tengan el debido castigo y que en la mayoría de las ocasiones estas acciones queden impunes, por la indiferencia y la falta de compresión de los compañeros de trabajo para con la víctima. Por tanto, dar visibilidad al problema y apoyar en todo momento a las víctimas se hace imprescindible para erradicar este tipo de comportamientos en las empresas.

2 Objetivos

- Conocer cómo se produce el acoso sexual en los centros de trabajo.
- Exponer las medidas a tomar para evitar el acoso en el ámbito laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura existente. También se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se ha consultado artículos en las principales bases de datos.
Para ello se ha utilizado las siguientes palabras clave. El acoso sexual en el ámbito laboral.

4 Resultados

El acoso sexual puede ser padecido por cualquier persona en cualquier espacio y lugar en las que se tengan algún tipo de relación con más personas, como puede ser el lugar de trabajo.
El acoso sexual en el ámbito laboral puede ser practicado por todas las personas que en algún momento y por diferentes motivos puedan tener algún tipo de relación con la persona víctima del acoso en su puesto de trabajo.
El acoso sexual en el trabajo es cualquier acción que vaya destinada a menoscabar la dignidad de la persona mediante propuestas o insinuaciones físicas o verbales de carácter sexual no aceptadas y rechazadas por la víctima, lo cual crea un ambiente de trabajo totalmente insoportable.
Cuando la persona destinataria de las propuestas o insinuaciones sexuales las rechaza y este trato es reiterado estamos ante un acoso sexual. El acoso es una violencia física o verbal, humillante, intimidatoria y degradante para la víctima.
El acoso puede ejercerse de diferentes maneras, pero todas y cada una de ellas atentan contra su dignidad, desde tocamientos innecesarios, pasando por palabras soeces, hasta propuestas explicitas solicitando practicar sexo.
Aunque desgraciadamente el acoso sexual en el trabajo va en aumento, lo cierto es que apenas hay denuncias por el miedo de la victima a no ser creída, a quedarse sin trabajo. Por otra parte, la victima siente indefensión y se enfrenta sola ante esta situación tan desagradable, puesto que muchas veces el entorno que la rodea consiente o mira hacia otro lado.

Estas situaciones crean en la victima diversos problemas de salud, además de baja productividad laboral y en muchos casos absentismo, algo que repercute negativamente tanto en la persona que lo sufre, como en la rentabilidad de la empresa.
Por tanto, el acoso sexual en el ámbito laboral es un problema que podemos considerar de factor de riesgo en las empresas y que atenta contra la salud de los trabajadores y que hay que intentar erradicar mediante diversas medidas, como, por ejemplo, campañas informativas que visibilicen el problema, formando y concienciando a los trabajadores para que sepan que hacer en estos casos, y contando con el total apoyo de las empresas para con las víctimas, implementando planes de igualdad, planes específicos de prevención y protocolos que detecten el acoso.

5 Discusión-Conclusión

El acoso sexual en el trabajo es un problema que hay que erradicar de las empresas, en cuanto, atenta contra la dignidad de las personas, la seguridad laboral y la salud laboral.
Por tanto, se hace imprescindible que los poderes públicos, los agentes sociales, los trabajadores y las empresas actúen desde su área de responsabilidad para dar visibilidad al problema y poder detectarlo y eliminarlo de los centros de trabajo. Implementando medidas de prevención y llevando una política de tolerancia cero para este tipo de conductas en las empresas, así, como un total apoyo a las víctimas por parte de todos los agentes implicados, incluyendo los poderes públicos.

6 Bibliografía

1. http://www.ilo.org
-briefingnote- wcms_740225 pdf.
2. http://www.ilo.org-publication-wcms
http://es.wikipedia.org.
3. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/briefingnote/wcm.

Capítulo 309

TRAMITACIÓN DE LA TARJETA SANITARIA POR PARTE DEL AUXILIAR ADMNISTRATIVO

MARIA BEGOÑA PEREZ GARCIA

SOL VIRGINIA CASTELLANOS FERNANDEZ

VIRGINIA CALERO CASTELLANOS

FRANCISCO CALERO CASTELLANOS

ROBERTO VILLORA GÓMEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo de las instituciones sanitarias tiene una gran variedad de tareas que garantizan el buen funcionamiento de los centros sanitarios. Es el encargado, entre otras funciones, de gestionar citas, atender llamadas telefónicas, atención al paciente, digitalización de documentos, tramitación de la tarjeta sanitaria…

La tarjeta sanitaria es un documento individual y personalizado que acredita el derecho a la asistencia sanitaria pública.

Está regulada por el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.

El artículo 57 de la ley 16/ 2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece que el acceso a las prestaciones sanitarias que provee el Sistema Nacional de Salud, se hará a través de la tarjeta sanitaria individual.

Para poder identificar de forma segura a cada individuo, se encomienda al Ministerio de Sanidad y Consumo la generación de un código de identificación personal único, mediante el desarrollo de una base de datos que recoja la información básica de los usuarios del Sistema de Salud.
El código será único a lo largo de la vida de la persona. Esto facilitará la consulta de la información clínica de cada paciente.
El artículo 2 del Real Decreto 183/2004 dice que "las Administraciones sanitarias autonómicas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria emitirán una tarjeta sanitaria individual con soporte informático a las personas residentes en su ámbito territorial que tengan acreditado el derecho a la asistencia sanitaria pública". En su apartado 2 establece que "La tarjeta sanitaria individual emitida por cualquiera de las Administraciones sanitarias competentes será válida en todo el Sistema Nacional de Salud, y permitirá el acceso a los centros y servicios sanitarios del sistema en los términos previstos por la legislación vigente".
El Real Decreto 702/2013, de 20 de septiembre, modifica el mencionado Real Decreto de 2004. Este pretende regular un formato de tarjeta sanitaria común para todas las CC.AA. Los cambios que hace este Real Decreto se dirigen principalmente al anverso de la tarjeta con una nueva disposición de los datos en la tarjeta.

2 Objetivos

• Conocer qué es la tarjeta sanitaria.
• Conocer cómo y dónde se tramita la tarjeta sanitaria.
• Tener conocimiento de los requisitos que hacen falta para tramitar la tarjeta sanitaria.
• Saber cuándo y cómo renovarla.
• Saber cómo modificar los datos que figuran en la tarjeta sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una investigación que ha consistido en una búsqueda de libros y artículos en las principales bases de datos de PubMed, Google Scholar, Cochrane, Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones ya revisadas y publicaciones de organismos oficiales.
Palabras clave: tarjeta sanitaria, auxiliar administrativo

4 Resultados

La tarjeta sanitaria es un documento personalizado e individual que identifica a los usuarios para acceder a los servicios sanitarios de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.
Es un documento individual, personal e intransferible, que tiene cada miembro de la familia, independientemente de la edad que este miembro tenga, ya sea titular o beneficiario.
Para poder identificar de forma segura y unívoca a cada ciudadano se generará un código de identificación personal único, que tendrá vigencia toda la vida de la persona.
La tarjeta sanitaria identifica al usuario y acredita su derecho a recibir asistencia sanitaria, tanto en su Comunidad Autónoma como en el resto de España.
También permite que toda la información sanitaria de cada persona esté recogida en una sola historia clínica. Además, garantiza la confidencialidad de los datos personales y sanitarios.
La tarjeta también permite que el médico emita las recetas pertinentes, que se solicite mediante la página web, cita con el médico, enfermero y pediatra.
El artículo 3 del R.D. 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual, modificado por R.D. 702/2013, de 30 de septiembre, establece los datos básicos que debe incluir el anverso de la tarjeta, que serán:
• Identidad institucional de la CCAA o entidad que la emite.
• Los rótulos de "Sistema Nacional de Salud de España" y "Tarjeta Sanitaria".
• Código de identificación personal asignado por la administración emisora (CIP-AUT).
• Nombre y apellidos del titular de la tarjeta.
• Código de identificación personal único del Sistema Nacional de Salud (CIP-SNS).
• Código de identificación de la administración sanitaria emisora de la tarjeta.
En el reverso de la tarjeta aparecerá el nombre del médico, el del enfermero y sus teléfonos de cita previa, urgencias y otros datos de interés.
La solicitud de la tarjeta sanitaria se hace en las unidades administrativas de los Centros de Salud o Consultorios médicos locales, siendo el auxiliar administrativo el encargado de tramitarla y ante el que se tiene que presentar la documentación necesaria.
Para solicitar la tarjeta sanitaria es imprescindible tener asignado un número de afiliación de la Seguridad Social o estar incluido como beneficiario en alguna cartilla.

La documentación requerida para la tramitación será:
• D.N.I. del titular.
• Cartilla de la Seguridad Social, incluyendo la hoja de los beneficiarios.
• D.N.I. de los beneficiarios o libro de familia.
• Si se solicita procediendo de otra Comunidad Autónoma, habrá que entregar la tarjeta sanitaria que se posea de esa Comunidad procedente.
La tarjeta sanitaria tiene una vigencia de 4 años, desde su emisión y se renovará automáticamente, excepto:
• En el caso de usuarios extranjeros, que su validez se extinguirá el finalizar su permiso de residencia.
• En el caso de extranjeros menores de 18 años, que su validez variará dependiendo de si tiene o no pasaporte, que será de 4 años en el primer caso y de 18 meses en el segundo.

5 Discusión-Conclusión

Se establece que el acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud se haga a través de una tarjeta sanitaria
Esta tarjeta será un documento único, válido para toda la vida de la persona, que será individual, personal e intransferible. En ella aparecerán los datos personales del usuario, su código, los nombres del médico y enfermero que tiene adjudicado, así como los teléfonos a través de los cuales puede solicitar asistencia sanitaria.
Esta tarjeta será utilizada cada vez que tenga que acceder a la sanidad. Con ella podrá pedir cita a través de la web de su Servicio de Salud, en ella tendrá las recetas que el médico le haya emitido.
Facilitará la búsqueda y consulta de la información clínica del paciente, posibilitando el intercambio de dicha información dentro del Sistema Nacional de Salud en las condiciones legalmente permitidas, con la finalidad de contribuir a la calidad asistencial.
Será tramitada en el Centro de Salud más cercano al domicilio del usuario por el Auxiliar Administrativo de dicho centro y tendrá una validez de 4 años.

6 Bibliografía

https://www.boe.es/eli/es/rd/2004/01/30/183/con
R.D. 183/2004, 30 enero https://www.boe.es/eli/es/rd/2013/09/20/702
R.D. 702/2013, 20 septiembre https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/tarjetasanitaria/informacion

https://congresosicepa.com/tarjeta-sanitaria-individual-solicitud
https://revistamedica.com/tarjeta-sanitaria-tramitacion-caracteristicas/
https://www.elespanol.com/como/significan-numeros-tarjeta-sanitaria/658184318_0.html

Capítulo 310

RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA BEGOÑA PEREZ GARCIA

VIRGINIA CALERO CASTELLANOS

ROBERTO VILLORA GÓMEZ

SOL VIRGINIA CASTELLANOS FERNANDEZ

FRANCISCO CALERO CASTELLANOS

1 Introducción

El trabajo que desarrolla un auxiliar administrativo en los centros sanitarios es sobre todo sedentario, mantiene una posición estática, y los movimientos que realiza son repetitivos. Parece que este tipo de trabajo no conlleva casi ningún riesgo, porque no es un trabajo que tenga una gran carga física, pero no es así.
Este trabajo puede ocasionar algunas lesiones debido precisamente a su sedentarismo y a la clase, movimientos que realiza en él, se pueden producir lesiones en el túnel carpiano, dolores de cabeza, de espalda, en la vista…
¿Qué es la ergonomía?
Según la Asociación Internacional de Ergonomía, la ergonomía es el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona.

"La ergonomía busca un mayor rendimiento en el trabajo a partir de la humanización de los medios para producirlo".
Los riesgos ergonómicos están regulados por las siguientes normas:
Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
Real Decreto 1561/1995, de 21 de septiembre, sobre jornadas especiales de trabajo.
Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo (condiciones ambientales, iluminación y dimensiones adecuadas, etc.).
Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.
Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.

2 Objetivos

• Adaptar el trabajo a las capacidades del trabajador.
• Conocer cuáles son los riesgos laborales.
• Analizar y reducir los riesgos laborales.
• Adaptar el puesto de trabajo a las características del trabajador.
• Evaluar las situaciones de trabajo para poder salvaguardar la salud y seguridad del trabajador.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente la revisión bibliográfica de distintos libros, manuales y artículos en las principales bases de datos de Google Scholar, Cochrane, Pudmed, Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones ya revisadas y publicaciones de organismos oficiales.
Utilizando como palabras clave: ergonomía, personal administrativo, higiene postural, riesgos laborales.

4 Resultados

El trabajo del auxiliar administrativo no conlleva ningún riesgo a simple vista, pero cada vez son más frecuentes las lesiones en este tipo de trabajo.
La misión de la ergonomía es armonizar la relación del entorno laboral con las personas que trabajan en él, mediante desarrollo de sistemas, vigilando e imponiendo seguridad en el trabajo, incrementar el confort de los trabajadores durante la realización de su trabajo.
Los riesgos ergonómicos son aquellos que pueden dan lugar a trastornos músculo-esqueléticos en la persona trabajadora, que derivan de las malas posturas, movimientos repetitivos, temperaturas extremas, ruido, estrés laboral, etc.
Los problemas que tienen los trabajadores se deben sobre todo a la alta frecuencia de los movimientos, repeticiones de los mismos, la larga duración de la exposición, al estatismo postural, a la ausencia o cortos periodos de recuperación, etc.
Los riesgos ergonómicos asociados al trabajo del auxiliar administrativo se pueden dividir en tres categorías:
• Condiciones ambientales.
• Factores psicosociales.
• Cargas posturales.
1.- Condiciones ambientales:
Los problemas de iluminación, como reflejos o zonas mal iluminadas, el color de las paredes y superficies, que no debe ser brillante, por lo que se deberían de poner las pantallas de forma que no les refleje la luz que entra por las ventanas ni las del techo y que no le dé la luz en los ojos directamente al trabajador, si se puede, utilizar persianas para controlar la luz que entra.
El ruido excesivo, la temperatura de la oficina, que debería oscilar entre 19 y 24 grados, la emisión de radiaciones, etc.
Todos estos factores pueden crear en el trabajador alteraciones y fatiga visual, problemas de concentración, nerviosismo, trastornos respiratorios, irritabilidad, etc.
2.- Factores psicosociales:
Las relaciones entre compañeros o superiores, la carga de trabajo o la mala organización pueden provocar problemas como depresión, ansiedad, fatiga, nerviosismo, cefaleas, problemas digestivos, etc.
3.- Cargas posturales:
Los problemas más numerosos y habituales son los relacionados con la carga postural y vienen determinados por el diseño de la silla, de la mesa, la ubicación del ordenador y el teclado, el ratón, el teléfono, etc.

Las dolencias más comunes son:
• Trastornos lumbares.
• Trastornos de cuello.
• Hernias de disco.
• Trastornos en los músculos extensores de la espalda.
• Síndrome del túnel carpiano.
• Tendinitis.
• Hormigueo y adormecimiento de los dedos.
• Trastornos circulatorios.

Para evitar todos estos problemas, las empresas deben mejorar los factores de riesgos ya mencionados. Algunas de las soluciones serían:
• Mejorar el diseño de las sillas, con respaldo y altura regulables y que sea giratoria.
• Mejorar el diseño de las mesas, deben tener los bordes redondeados y una altura suficiente para que no interfiera con las piernas.
• Prestar atención al monitor, tamaño, resolución de pantalla, iluminación, ausencia de reflejos. La pantalla se debe ubicar enfrente del trabajador para evitar girar el cuello, el borde superior debe quedar a la altura de los ojos y colocarse como mínimo a 40 cm de distancia.
• La inclinación del teclado debe ser ajustable.
• Respecto al ratón, debe permitir el apoyo de la muñeca, parte de la mano y los dedos en la mesa para facilitar los movimientos y evitar tensión muscular.
• El teléfono debe estar situado al alcance del trabajador.
• Mejorar el diseño de las estanterías, los bordes deben ser redondeados, colocar en ellos a una altura adecuada los objetos más pesados y de uso más frecuente.
• Controlar la temperatura y humedad del espacio de trabajo.
• Asegurar una buena iluminación, que de confort, si es posible con luz natural.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos tienen un alto riesgo de padecer enfermedades músculo-esqueléticas debido a la cantidad de horas que están delante de un ordenador, contestando al teléfono. Las más frecuentes son cefaleas, lumbalgias, tendinitis, molestias en el cuello, etc.
Se debe garantizar un buen ambiente de trabajo para evitar los problemas músculo-esqueléticos. Las empresas deben tener un Plan de Riesgos Laborales adecuado al sector que engloban.

Las empresas también deberían formar a los trabajadores, ya que esto es una de las claves para prevenir riesgos. Los cursos que ayudan a los trabajadores a aprender cómo sentarse correctamente delante del ordenador, cómo el cambio de postura es beneficioso para prevenir determinados problemas, la importancia de los descansos activos, son beneficiosos para prevenir determinadas dolencias procedentes de la ergonomía.
Disponer de un mobiliario adecuado, un ambiente adecuado con luz y temperaturas correctas, es importante para que los riesgos ergonómicos se reduzcan.
El que las empresas tengan un plan para prevenir riesgos ergonómicos supone una inversión de dinero, pero al final se encuentran muy buenos resultados. La ley obliga a tener un plan de prevención siempre que la empresa tenga trabajadores por cuenta ajena.

6 Bibliografía

https://www.uso.es/que-son-riesgos-ergonomicos-y-como-evitarlos-en-nuestro-trabajo/#::text=Los%20riesgos%20ergon%C3%B3micos%20son%20aquellos,en%20el%20puesto%20de%20trabajo.
https://www.aguaeden.es/blog/conoce-los-principales-riesgos-ergonomicos-en-el-trabajo-de-oficina
https://lambdatres.com/2016/06/como-evitar-los-riesgos-ergonomicos-en-oficinas/
https://www.cenea.eu/riesgos-ergonomicos/
https://revistamedica.com/ergonomia-trabajos-administrativos-centros-sanitarios/
/http://pdfs.wke.es/2/0/4/3/pd0000062043.pdf
Riesgos Ergonómicos - INSST

Capítulo 311

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA FOBIA ESCOLAR

MARIA CAMINO SANCHEZ

1 Introducción

La fobia escolar está presente entre un 2 y un 8% de la población escolar, no siendo fácil su delimitación debido a la heterogeneidad en su presentación clínica.
Este tipo de fobia es más prevalente en la adolescencia temprana y afecta por igual a varones como a mujeres, aunque hay estudios que indican mayor afectación por uno u otro sexo, por lo que no hay un claro consenso sobre los índices de prevalencia.
La fobia escolar consiste en manifestar graves dificultades para asistir a la escuela, pudiendo llegar a producir periodos largos de absentismo. Se manifiesta con alteraciones emocionales, en las que el menor expresa elevada ansiedad, alteraciones del humor, expresiones de irritabilidad, o quejas de estar enfermo ante el planteamiento de tener que asistir a clase.
Deben descartarse trastornos disociales, o las ausencias escolares sin el consentimiento de los padres. También debe realizarse diagnóstico diferencial con el Trastorno de ansiedad por separación.
El menor expresa elevada angustia anticipando la posibilidad de tener que acudir al colegio. En muchas ocasiones el niño no es capaz de verbalizar su angustia, y expresa con cuadros neurovegetativos sus preocupaciones (dolor de cabeza, abdominalgias, mareos, vómitos, etc.). Las conductas de evitación son frecuentes,

y el niño trata por todos los medios de eludir su asistencia con el fin de evitar este malestar.
Los tratamientos cognitivos conductuales para las fobias se han mostrado eficaces y de elección tal y como establecen las guías clínicas. En el presente caso se abordará el tratamiento de un menor con este cuadro y las sesiones aplicadas al menor y su familia.

2 Objetivos

-Comprender los síntomas de la fobia escolar.
-Comprender los síntomas asociados a este diagnóstico.
-Abordar el tratamiento desde una orientación cognitivo conductual de la fobia escolar.

3 Caso clínico

En el presente caso clínico se aborda el tratamiento de un joven de 12 años con diagnóstico de fobia escolar. El varón está matriculado en 2º de la ESO en un instituto de enseñanza secundaria obligatoria de la red de educación pública del estado.
Antecedentes personales: Inicia primer contacto con salud mental en mayo de 2022 por cuadro de clínica depresiva y ansiedad.
Antecedentes psiquiátricos familiares: No refieren.
Desarrollo evolutivo: Embarazo deseado. Parto normal. Adquisición de los hitos de desarrollo con normalidad. No lactancia natural. Sueño sin alteraciones. Control adecuado de esfínteres. Inició el colegio a los 2 años. Los padres refieren buena adaptación. Le describen como un niño tímido y retraído. A lo largo de su escolarización en infantil ciertos problemas en el juego en grupo, busca en su mayoría el juego solitario. Muy inhibido y muy sensible a la crítica.
Inicia la etapa secundaria con dificultades de adaptación, pierde su grupo reducido de amigos que tenía en primaria, debido al cambio de instituto, y desde ese momento no consigue un grupo de referencia estable. No realiza actividades extraescolares en grupo, y se mantiene más bien aislado en los recreos.
En la información aportada por su tutora describe un niño poco participativo en el aula , que no interactúa con sus compañeros. Participa en las tareas planteadas, a nivel individual y en pequeño grupo. Con baja autoestima, mostrándose distante en el trato con los profesores y resto de compañeros, aunque siempre correcto.

Evaluación familiar: Madre de 45 años, empleada en sector hostelería, actualmente trabaja los fines de semana en horario reducido, y padre de 50 años, prejubilado por problemas cardiovasculares. Tiene una hermana de 9 años. Buenas relaciones familiares siendo la madre la figura de mayor apoyo para el menor y quien participa de la mayoría de sesiones de psicoterapia.
Exploración psicopatológica: Abordable, colaborador. Parco en palabras. Dificultades para expresarse emocionalmente. Animo disfórico. Poco accesible a los contenidos de sus pensamientos, hermético y poco expresivo en el lenguaje no verbal. Bien orientado en tiempo, espacio y persona. No manifiesta ideación autolítica. No manifiesta alteraciones en curso o contenido del pensamiento ni tampoco alteraciones sensoperceptivas. Se aprecia rigidez cognitiva. Malos hábitos de sueño y autocuidados. Uso de teléfono móvil hasta horas tardías. Ansiedad anticipatoria en contextos relacionales.
Tras la primera evaluación se proponen los siguientes objetivos de tratamiento:
-Salir de círculo de aislamiento y mejorar nivel de activación conductual.
-Favorecer mantenimiento de rutinas.
-Mejorar habilidades sociales con iguales.
-Trabajar la flexibilización cognitiva.
-Mejorar estrategias para adaptarse a situaciones grupales.
-Retomar contacto y asistencia en su instituto.
Para ello se realizaron 10 sesiones individuales en las que también participó su madre.
En la primera sesión se realizó una devolución de lo evaluado en la consulta inicial y se proporcionó información sobre el diagnóstico planteado. Se establecieron los objetivos terapéuticos de forma consensuada con el menor y su familia.
Durante las sesiones dos a cinco se inició el entrenamiento en técnicas de control de la activación: relajación progresiva y respiración. Así mismo se inició el trabajo sobre patrones de pensamiento disfuncionales y se realizó psicoeducación sobre el manejo de las fobias y la ansiedad.
A partir de la sesión seis se inició un procedimiento de exposición gradual y progresiva al instituto. Se adoptaron medidas de seguridad para el joven en coordinación con su tutora y la jefa de estudios, con el fin de adaptar las demandas al nivel de recursos de afrontamiento que tenía en ese momento. Se ayudó en la elección de un ”alumno tutor” que facilitara su acompañamiento e integración en el aula. Durante estas sesiones se continuó el trabajo iniciado sobre el manejo de pensamientos irracionales, afrontamiento del estrés y regulación emocional.

4 Discusión-Conclusión

Las terapias cognitivas conductuales se han demostrado eficaces para el tratamiento de las fobias. En concreto en el caso clínico descrito, se combinaron técnicas cognitivas conductuales basadas en el entrenamiento en relajación, las habilidades sociales, las técnicas de reestructuración cognitiva.

Se obtuvieron buenos resultados terapéuticos, consiguiendo que el joven se incorporara de manera casi total a su instituto. Únicamente quedó por abordar su asistencia a las clases de Educación Física, materia en la que los contenidos se imparten al aire libre y de forma menos estructurada, lo cual aumentaba sus niveles de ansiedad.

Se consensuó con el menor y su familia retomar el seguimiento terapéutico tras las vacaciones de verano, con el fin de reforzar los logros conseguidos para el próximo curso y abordar su exposición en las clases de educación física.

5 Bibliografía

-Pérez Álvarez, M. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. 2003. Ed. Pirámide.
-Mardomingo Sanz, MJ, Soutillo Esperón, C. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. 2009. Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.
-García Fernández, J. M., Gonzálvez Maciá, C., Inglés Saura, C. J. 2018. ¡No quiero ir al colegio! El niño que rechaza la escuela. España: Ediciones Pirámide.

Capítulo 312

APLICACIÓN TURRIANO EN EL ÁMBITO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA JESUS RAME GOMEZ-CABRERO

INMACULADA SANCHEZ-CRESPO URDA

ANGEL MATEO MIRANDA

1 Introducción

Turriano es un sistema de información corporativo implantado en los centros de Atención Primaria de Castilla la Mancha, permitiendo la interconexión con todos los centros y profesionales, ya que crea un número de historia de clínica única a nivel de Autonomía.
En este sentido, pone a disposición del facultativo y del personal todas las herramientas para dar un mayor servicio al ciudadano.
La implantación del nuevo sistema fue en julio 2003, comenzando en el centro de salud de Esquivias (Toledo) y finalizando en el de Las Pedroñeras (Cuenca) en 2007.
Este sistema está en constante evolución y actualización, ya que supone integrar toda la información todas las zonas básicas que posee el SESCAM.
Está formado por tres módulos:
• módulo administrativo: en el que se integran todos los datos administrativos, e incluyen la admisión, las gestiones de citas,...

• módulo clínico: dependiendo del perfil de cada profesional, tendrán acceso a una información u otra.
• módulo de gestión: permite información sobre el área de gestión.
Su fácil integración con otros sistemas es una de las grandes ventajas, ya que permite la vinculación con diferentes sistemas, como por ejemplo, Tarjeta Sanitaria (actualización de sus datos), Sitrap (solicitar y consultar ambulancias), Martindale (medicamentos), laboratorio, Ykonos (radiología), Taocam (tratamientos anti coaguladores), Fierabrás (prescripciones de atención especializada), receta electrónica, registro de voluntades anticipadas, Mambrino (atención especializada).

2 Objetivos

Dar a conocer la aplicación y tener una idea de todo lo que puede realizarse mediante ella.

3 Metodología

La metodología empleada en este Capítulo consiste en una revisión bibliográfica basada en consultas de diferentes artículos del ámbito sanitario y en la propia de Castilla la Mancha.
A partir de las diferentes fuentes en las que hemos trabajado, hemos desarrollado y concluido con la argumentación lo que es el sistema de Turriano.

4 Resultados

En el módulo administrativo se incluye la admisión, la gestión de cita previa y cita web, listados, el mantenimiento de datos administrativos de desplazados y la solicitud de transporte programado.
A través del módulo de "Cita Previa" se realiza la gestión de citas y agendas, la creación o mantenimiento de los datos administrativos de los pacientes.
Los estados de las citas son: Libre, Citados, Visitados, No Presentado, En consulta y Bloqueado.
Dentro de este módulo aparece un menú en el que las opciones son:
• Paciente: permite buscar a un paciente por nombre y apellidos, número de historia clínica, NASS, DNI, CIP, por la lectura de la tarjeta sanitaria o teléfono.

Además permite crear, editar, borrar o fusionar pacientes para mantener actualizado el sistema. Incluso crear nuevos pacientes.

• Lista de espera: gestión de lista de espera fisioterapéutica.
• Listados: en esta opción permite ver la programación de la agenda de un profesional seleccionado, tanto los pacientes visitados como los no visitados; ver tareas pendientes de citología y mamografía. También existen listados específicos de mayores de 65 años y avisos del cuadro de vacunación, las citas de analíticas, ...
• Usuario: permite bloquear la sesión.

Desde el punto de vista del personal Administrativo, para poder gestionar una cita de un paciente, lo primero que debe realizarse es la búsqueda de dicho paciente. Una vez localizado, se deberá seleccionar con qué profesional (Medico, Pediatra, Matrona, Enfermero,...) y el tipo de visita desea (Demanda o Teledemanda) y elegir el día y la hora que hay disponible.
En el caso de tener que imprimir un listado de un profesional solo habría que elegir el profesional, el día que se necesite y la opción que se solicite, como "Notas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como se puede observar en este capítulo los beneficios del sistema del programa de Turriano: Cita Previa, son múltiples y muy útiles.
Ya que permite con una sola herramienta informática acceder a la información del paciente y gestionar todo lo que se necesite. Además dado que es un sistema que esta "vivo", está en continuo cambio y actualización.
También conlleva una gran optimización del tiempo tanto del profesional sanitario como para el de gestión administrativa y para el propio usuario del sistema.
Por todo ello, se ha conseguido una reducción notable del gasto para el sistema de salud de Castilla la mancha (SESCAM).

6 Bibliografía

www.castillalamancha.es
Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios

Capítulo 313

HABILIDADES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD

ANGEL MATEO MIRANDA

MARIA JESUS RAME GOMEZ-CABRERO

INMACULADA SANCHEZ-CRESPO URDA

1 Introducción

El paciente que acude a un centro de salud, lo hace en la mayoría de las ocasiones con la tranquilidad que la enfermedad le provoca. Las unidades administrativas de los centros sanitarios que se encargan de la acogida de los pacientes-usuarios, bien por falta de tiempo, exceso de trabajo, falta de motivación o cansancio, a veces, no desarrollan una atención óptima de calidad, descuidando cuestiones muy importantes. Nos referimos a cuestiones éticas y sociales.

Podemos definir la ética laboral como el conjunto de competencias y conductas con lo que una persona pueda desempeñar con éxito la función laboral.

La excelencia se define con la buena práctica y es esencial en esta profesión humanizar la atención al usuario, entre otras cosas ejercitando y ejerciendo las virtudes éticas para crear un ambiente apropiado.

Las obligaciones del puesto de Auxiliar Administrativo, pueden parecer sencillas y, sin embargo, la carga y el sinfín de cometidos a los que hacer frente hacen que

su figura sea imprescindible. En buena medida, el correcto funcionamiento de un hospital o centro de salud depende también de su trabajo. Los auxiliares administrativos sanitarios tratan de poner la burocracia en orden de forma correcta para evitar los problemas de futuro.

2 Objetivos

Identificar valores éticos que orientan la conducta, para mejorar las relaciones interpersonales entre paciente y el auxiliar administrativo de los centros sanitarios.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Scielo, Dialnet, Redalye). Elección de descriptores combinándolos con los operadores booleanos, and, or. Se seleccionaron seis artículos para guardar relación con el tema. Criterios de inclusión: texto completo, y publicaciones en español.

4 Resultados

Una atención centrada en las personas aplicando una escucha activa, respetando los valores y preferencias de los pacientes-usuarios, ejercitando la empatía, capacidad imprescindible para la convivencia y una característica unida a un buen servicio, básico para alcanzar la excelencia en la atención, ese es nuestro objetivo, centrar nuestro esfuerzo para conseguir su satisfacción. Valores éticos: honestidad, benevolencia, no discriminación, honestidad, cercanía, respeto, vocación, amabilidad, comprensión, empatía, equidad.

Un auxiliar administrativo competente es aquel con alta capacidad de escucha y diversidad humana, gran sentido de ética, capaz de desenvolverse adecuadamente en los diferentes escenarios de las instituciones de salud y ambientes humanos complejos, responsable, y comprometido con las funciones administrativas, liderando procesos y promoviendo estilos de vida saludable.

Un auxiliar administrativo tendrá que poseer una gran capacidad de comunicación, incluyendo un lenguaje claro y profesional, de igual modo deberá ser capaz de gestionar la información confidencial, será amable, eficiente y servicial con todos los pacientes, todo ello priorizando las tareas y estar bien organizado.

En la actualidad es muy importante el trabajo de escucha del auxiliar administrativo, siendo este, el primer contacto del centro de salud ante el paciente.

Ante la situación de pandemia que estamos viviendo, ese primer contacto con el paciente por parte del auxiliar administrativo, con una buena escucha y claridad en la conversación, facilitará el trabajo y transmitirá al paciente seguridad y buena atención por parte del profesional. Momentos en los que más que nunca el paciente tiene que sentirse arropado por parte del auxiliar administrativo, ofreciéndole seguridad y tranquilidad, y que sus expectativas se vean más que satisfechas por parte del profesional.

El auxiliar administrativo ha de conocer bien el código ético de su centro u organización y en aquellos casos que así lo requieran, los administrativos participarán en la imprescindible deliberación ética, que servirá de base para la adopción de la solución más idónea.

5 Discusión-Conclusión

Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria con base en un aprendizaje de habilidades sociales a través de mecanismos facilitadores, como entender el proceso de comunicación, tener un pensamiento positivo, visualizar objetivos y adquirir conocimientos.

El trabajo del auxiliar administrativo será lo más eficaz posible, llevándolo a cabo mediante la amabilidad, la escucha y un diálogo lo más comprensible posible, su objetivo será atender y orientar a los usuarios en los servicios de salud.

Las primeras personas con las que entran en contacto los pacientes que acuden a un Centro de Salud son los auxiliares administrativos, los cuales informan al paciente sobre las diferentes fechas y horas libres para que puedan acudir a las consultas de los distintos profesionales.

6 Bibliografía

1. Libro Auxiliar Administrativo, Técnico auxiliar no sanitario. Radio ediciones. Servicio Murciano de Salud.
2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.

Capítulo 314

FUNCIONES DEL PINCHE EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA LÍQUIDA HOSPITALARIA

CARLA MENCHERO BAUTISTA

ANA PONCE JIMENEZ

SONIA FERNÁNDEZ-MARCOTE GOMEZ

JOAQUIN GUILLÉN FUENTES

PILAR GÓMEZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

La dieta líquida hospitalaria es un tipo de régimen alimentario que se prescribe a los pacientes ingresados en el hospital y que consiste en consumir alimentos y líquidos en forma de líquidos claros o semi-sólidos. Esta dieta se utiliza en situaciones en las que se requiere una restricción de la ingesta sólida, como en el período de recuperación postoperatoria, enfermedades gastrointestinales agudas, preparación para exámenes médicos o cirugías, entre otros casos.

El concepto de la dieta líquida hospitalaria se basa en proporcionar una nutrición adecuada y equilibrada a través de alimentos que sean fáciles de digerir y absorber por el organismo. Los alimentos permitidos en esta dieta incluyen líquidos claros como caldos, infusiones, jugos colados, gelatinas sin trozos, helados sin

trozos sólidos, bebidas deportivas, entre otros. También puede incluir alimentos semi-sólidos, como purés suaves o alimentos batidos.

El objetivo de la dieta líquida hospitalaria es mantener la hidratación y proporcionar nutrientes esenciales mientras se evita el estrés digestivo y se facilita la recuperación del paciente. Además, al ser una dieta de fácil digestión, se minimiza el riesgo de complicaciones gastrointestinales y se favorece la cicatrización de tejidos.

Es importante destacar que la dieta líquida hospitalaria es temporal y se prescribe según las necesidades individuales de cada paciente y la condición médica en la que se encuentre. En muchos casos, esta dieta se utiliza como paso previo a la reintroducción gradual de alimentos sólidos a medida que el paciente se recupera.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar las funciones del pinche de cocina en la elaboración de las distintas dietas hospitalarias

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se ha buscado en los principales buscadores indexados como PUBMED y SCIELO para después seleccionar después los artículos de los que se ha extraído la información para realizar las publicaciones en la elaboración de las dietas hospitalarias.

4 Resultados

El pinche de cocina, también conocido como ayudante de cocina o ayudante de chef, desempeña un papel crucial en la elaboración de la dieta líquida hospitalaria. Aunque las funciones específicas pueden variar según la organización y las políticas del hospital, a continuación se describen algunas de las funciones comunes del pinche de cocina en la preparación de la dieta líquida hospitalaria:

Preparación de alimentos: El pinche de cocina es responsable de preparar los alimentos necesarios para la dieta líquida hospitalaria. Esto implica cortar, pelar y picar frutas, verduras y otros ingredientes según las instrucciones proporcionadas por el nutricionista o el chef encargado. También puede ser responsable

de abrir latas, envases o bolsas de alimentos envasados y asegurarse de que los ingredientes estén listos para su uso.

Cocinado y procesamiento de alimentos: El pinche de cocina puede ser responsable de cocinar los alimentos que forman parte de la dieta líquida, como caldos o sopas. Esto puede incluir la cocción de carnes, vegetales y otros ingredientes según las recetas o instrucciones proporcionadas. Además, puede ser responsable de procesar los alimentos cocidos, como licuar o triturar para obtener una consistencia líquida o semi-líquida adecuada para la dieta.

Montaje de bandejas y platos: El pinche de cocina puede ayudar en el montaje de bandejas y platos que contengan los alimentos de la dieta líquida hospitalaria. Esto implica disponer los alimentos de manera atractiva y ordenada, siguiendo las pautas y recomendaciones del personal de nutrición y del chef. Además, puede colaborar en la distribución de los platos y bandejas según las indicaciones del personal encargado de la entrega de alimentos a los pacientes.

Limpieza y mantenimiento de utensilios y áreas de trabajo: El pinche de cocina es responsable de mantener limpios y ordenados los utensilios de cocina, las áreas de trabajo y los equipos utilizados en la preparación de la dieta líquida hospitalaria. Esto implica lavar los utensilios, limpiar las superficies de trabajo y mantener una buena higiene general en la cocina. Además, puede ser responsable de mantener el inventario de utensilios y suministros necesarios para la preparación de los alimentos.

Cumplimiento de normas de seguridad alimentaria: El pinche de cocina debe cumplir con las normas de seguridad alimentaria y seguir las pautas establecidas en cuanto al manejo y almacenamiento de los alimentos. Esto incluye mantener la higiene personal, controlar las temperaturas de cocción y almacenamiento, y asegurarse de que los alimentos se manipulen de manera segura y libre de contaminantes.

Es importante destacar que el pinche de cocina trabaja bajo la supervisión y dirección del chef o del personal de cocina responsable. Además, debe comunicar cualquier problema o preocupación relacionada con la calidad o seguridad de los alimentos al personal adecuado para su pronta resolución.

El pinche de cocina desempeña un papel esencial en la elaboración de la dieta líquida hospitalaria. Sus funciones incluyen la preparación y cocción de alimentos, el montaje de bandejas y platos, la limpieza y mantenimiento de utensilios

y áreas de trabajo, así como el cumplimiento de normas de seguridad alimentaria. Su trabajo contribuye a garantizar la calidad y seguridad de los alimentos servidos a los pacientes que requieren la dieta líquida hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación importante para el pinche de cocina en la elaboración de la dieta hospitalaria es mantener altos estándares de higiene y seguridad alimentaria. Esto implica lavarse las manos regularmente, utilizar utensilios y superficies limpias, y seguir las pautas de almacenamiento y manipulación de alimentos establecidas. Además, se debe prestar atención a las necesidades y restricciones dietéticas específicas de cada paciente, asegurándose de cumplir con las indicaciones proporcionadas por el personal de nutrición y el chef. Es fundamental comunicar cualquier problema o preocupación relacionada con la calidad de los alimentos y solicitar ayuda o asesoramiento cuando sea necesario. Al mantener un enfoque en la seguridad y la calidad de los alimentos, el pinche de cocina contribuye a brindar una dieta hospitalaria nutritiva y segura a los pacientes.

6 Bibliografía

Rodríguez Arias, O. D., Hodelín Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. Medisan, 16(10), 1600-1610.

Capítulo 315

FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE UNA DIETA HOSPITALARIA SEMIBLANDA

CARLA MENCHERO BAUTISTA

JOAQUIN GUILLÉN FUENTES

PILAR GÓMEZ HERNÁNDEZ

SONIA FERNÁNDEZ-MARCOTE GOMEZ

ANA PONCE JIMENEZ

1 Introducción

Una dieta semiblanda hospitalaria es un tipo de régimen alimentario que se prescribe a los pacientes ingresados en el hospital y que se encuentra entre una dieta líquida y una dieta regular. Esta dieta se utiliza cuando el paciente necesita una textura de alimentos más suave y de fácil digestión debido a condiciones médicas, cirugías o procedimientos que requieren una adaptación progresiva hacia una alimentación normal.

El concepto de la dieta semiblanda hospitalaria se basa en proporcionar alimentos que sean más fáciles de masticar y digerir, pero que aún brinden una variedad de nutrientes necesarios para la recuperación y nutrición del paciente. Los alimentos permitidos en esta dieta incluyen alimentos blandos como purés,

sopas suaves, papillas, cremas de verduras, carnes tiernas, pescado desmenuzado, huevos revueltos, yogur, compotas, entre otros.

El objetivo principal de la dieta semiblanda hospitalaria es proporcionar una nutrición adecuada y satisfactoria mientras se facilita la recuperación y se minimiza el estrés digestivo. Esta dieta permite una progresión gradual hacia una alimentación normal, evitando alimentos duros, difíciles de masticar o que puedan causar molestias digestivas.

Es importante destacar que la dieta semiblanda hospitalaria se prescribe de forma individualizada según las necesidades y tolerancia de cada paciente. Se realiza bajo la supervisión y recomendaciones del personal de nutrición y dietética, quienes evalúan la condición médica y el estado nutricional del paciente.

La dieta semiblanda hospitalaria se adapta a las necesidades de pacientes con diferentes condiciones, como enfermedades gastrointestinales, problemas de masticación o deglución, cirugías orales o maxilofaciales, entre otros. También puede ser utilizada como una etapa de transición antes de reintroducir una dieta normal sólida.

El seguimiento y control de la dieta semiblanda hospitalaria corresponde al personal de enfermería y nutrición, quienes evalúan la tolerancia del paciente, controlan su ingesta alimentaria y realizan ajustes según sea necesario.

La dieta semiblanda hospitalaria es un régimen alimentario que se prescribe a pacientes hospitalizados que requieren alimentos de textura suave y de fácil digestión. El objetivo es proporcionar una nutrición adecuada y permitir la recuperación progresiva del paciente. Esta dieta se adapta a las necesidades individuales y se supervisa por el personal de nutrición y el equipo de atención médica para garantizar un adecuado aporte nutricional durante la hospitalización.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar las funciones del pinche de cocina en la elaboración de las distintas dietas hospitalarias

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se ha buscado en los principales buscadores indexados como PUBMED y SCIELO para después seleccionar después los artículos de los que se ha extraído la información para realizar las publicaciones en la elaboración de las dietas hospitalarias.

4 Resultados

El pinche de cocina, también conocido como ayudante de cocina o ayudante de chef, juega un papel fundamental en la elaboración de una dieta semiblanda hospitalaria. A continuación, se describen algunas de las funciones comunes del pinche de cocina en la preparación de este tipo de dieta:

Preparación de alimentos: El pinche de cocina es responsable de la preparación de los alimentos que se utilizarán en la elaboración de la dieta semiblanda. Esto puede incluir el pelado, corte y picado de frutas, verduras y otros ingredientes según las indicaciones proporcionadas por el nutricionista o el chef. Es importante asegurarse de que los alimentos estén en la textura adecuada para facilitar la masticación y digestión.

Cocción y procesamiento de alimentos: El pinche de cocina puede asistir en la cocción de los alimentos que forman parte de la dieta semiblanda. Esto implica cocinar las carnes, verduras y otros ingredientes según las recetas o instrucciones proporcionadas. Además, puede ser responsable de procesar los alimentos cocidos, como triturar o licuar para obtener una consistencia adecuada para la dieta semiblanda.

Montaje de bandejas y platos: El pinche de cocina puede colaborar en el montaje de bandejas y platos que contengan los alimentos de la dieta semiblanda. Esto implica disponer los alimentos de manera atractiva y ordenada, siguiendo las pautas y recomendaciones del personal de nutrición y del chef. Además, puede ayudar en la distribución de los platos y bandejas según las indicaciones del personal encargado de la entrega de alimentos a los pacientes.

Control de calidad y seguridad alimentaria: El pinche de cocina debe seguir las normas de higiene y seguridad alimentaria para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos. Esto implica cumplir con las regulaciones de manipulación y almacenamiento de alimentos, mantener limpias las áreas de trabajo y utensilios,

y asegurarse de que los alimentos se preparen y almacenen a las temperaturas adecuadas.

Colaboración en la gestión de inventario y suministros: El pinche de cocina puede asistir en la gestión de inventario y suministros necesarios para la preparación de la dieta semiblanda. Esto implica llevar un registro de los ingredientes utilizados, informar sobre cualquier escasez o necesidad de reposición, y colaborar en la organización y almacenamiento adecuado de los alimentos y utensilios de cocina.

Limpieza y mantenimiento del área de trabajo: El pinche de cocina es responsable de mantener el área de trabajo limpia y ordenada. Esto implica lavar los utensilios, limpiar las superficies de trabajo y mantener una buena higiene general en la cocina. Asimismo, debe asegurarse de que los utensilios y equipos utilizados en la preparación de la dieta semiblanda estén limpios y en buen estado.

Es importante destacar que el pinche de cocina trabaja bajo la supervisión y dirección del chef o del personal de cocina responsable. Además, debe comunicar cualquier problema o preocupación relacionada con la calidad o seguridad de los alimentos al personal adecuado para su pronta resolución.

El pinche de cocina desempeña un papel esencial en la elaboración de una dieta semiblanda hospitalaria. Sus funciones incluyen la preparación y cocción de alimentos, el montaje de bandejas y platos, el control de calidad y seguridad alimentaria, la gestión de inventario y suministros, y el mantenimiento del área de trabajo. Su contribución es fundamental para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos servidos a los pacientes que requieren una dieta semiblanda durante su estancia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación importante para el pinche de cocina en la elaboración de la dieta semiblanda hospitalaria es prestar especial atención a la consistencia y presentación de los alimentos. Asegúrate de que los alimentos estén adecuadamente cocidos y procesados para obtener una textura suave y fácil de masticar. Además, cuida la presentación de los platos, disponiendo los alimentos de manera atractiva y ordenada en las bandejas. Mantén una comunicación fluida con el personal de nutrición y el chef para comprender las necesidades y preferencias de los pacientes y adaptar la dieta según sea necesario. Por último, mantén altos estándares de higiene y seguridad alimentaria en todo momento para garantizar

la calidad y seguridad de los alimentos que se sirven a los pacientes.

6 Bibliografía

Rodríguez Arias, O. D., Hodelín Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. Medisan, 16(10), 1600-1610.

Capítulo 316

FUNCIONES DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA BLANDA HOSPITALARIA

CARLA MENCHERO BAUTISTA

ANA PONCE JIMENEZ

SONIA FERNÁNDEZ-MARCOTE GOMEZ

JOAQUIN GUILLÉN FUENTES

PILAR GÓMEZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

La dieta blanda hospitalaria es un tipo de régimen alimentario que se prescribe a los pacientes ingresados en el hospital y que consiste en consumir alimentos que sean de fácil digestión y suaves para el sistema gastrointestinal. Esta dieta se utiliza en situaciones en las que se requiere una restricción de alimentos más pesados o difíciles de digerir, como en el período de recuperación postoperatoria, enfermedades gastrointestinales, problemas de masticación o deglución, entre otros casos.

El concepto de la dieta blanda hospitalaria se basa en proporcionar alimentos que sean suaves, poco irritantes y de fácil tolerancia digestiva. Los alimentos permitidos en esta dieta incluyen alimentos cocidos, hervidos, al vapor o asados,

con poca grasa y sin especias fuertes. Se excluyen alimentos crudos, fritos, grasos, picantes, ricos en fibra o difíciles de masticar.

El objetivo principal de la dieta blanda hospitalaria es proporcionar una nutrición adecuada y equilibrada mientras se facilita la recuperación del paciente y se minimiza el estrés digestivo. Esta dieta permite descansar el sistema gastrointestinal al evitar alimentos que puedan causar molestias, irritación o dificultades de digestión.

Es importante destacar que la dieta blanda hospitalaria se prescribe de forma individualizada según las necesidades y tolerancia de cada paciente. Se realiza bajo la supervisión y recomendaciones del personal de nutrición y dietética, quienes evalúan la condición médica y el estado nutricional del paciente.

La dieta blanda hospitalaria puede incluir alimentos como purés, sopas suaves, carnes tiernas, pescado bien cocido, verduras cocidas, frutas en compota o enlatadas, yogur, huevos revueltos y alimentos similares. Los líquidos claros, como caldos, infusiones y jugos sin pulpa, también pueden formar parte de esta dieta.

El seguimiento y control de la dieta blanda hospitalaria corresponde al personal de enfermería y nutrición, quienes evalúan la tolerancia del paciente, controlan su ingesta alimentaria y realizan ajustes según sea necesario.

La dieta blanda hospitalaria es un régimen alimentario que se prescribe a pacientes ingresados en el hospital que requieren alimentos de fácil digestión y suaves para el sistema gastrointestinal. El objetivo es proporcionar una nutrición adecuada mientras se facilita la recuperación del paciente y se minimiza el estrés digestivo. Esta dieta se adapta a las necesidades individuales y se supervisa por el personal de nutrición y el equipo de atención médica para garantizar un adecuado aporte nutricional durante la hospitalización.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar las funciones del pinche de cocina en la elaboración de las distintas dietas hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se ha buscado en los principales buscadores indexados como PUBMED y SCIELO para después seleccionar después los artículos de los que se ha extraído la información para realizar las publicaciones en la elaboración de las dietas hospitalarias.

4 Resultados

El pinche de cocina, como parte del equipo de cocina en un entorno hospitalario, desempeña un papel importante en la elaboración de una dieta blanda hospitalaria. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del pinche de cocina en la preparación de este tipo de dieta:

Preparación de alimentos: El pinche de cocina es responsable de preparar los alimentos que se utilizarán en la elaboración de la dieta blanda hospitalaria. Esto implica cortar, pelar y picar frutas, verduras y otros ingredientes según las indicaciones proporcionadas por el nutricionista o el chef encargado. Además, puede ser responsable de abrir latas, envases o bolsas de alimentos envasados y asegurarse de que los ingredientes estén listos para su uso.

Cocción y procesamiento de alimentos: El pinche de cocina puede colaborar en la cocción de los alimentos que forman parte de la dieta blanda. Esto incluye la cocción de carnes, verduras y otros ingredientes de manera que estén tiernos y fáciles de masticar y digerir. Además, puede ser responsable de procesar los alimentos cocidos, como triturar o licuar para obtener una consistencia adecuada para la dieta blanda.

Montaje de bandejas y platos: El pinche de cocina puede asistir en el montaje de bandejas y platos que contengan los alimentos de la dieta blanda. Esto implica disponer los alimentos de manera atractiva y ordenada, siguiendo las pautas y recomendaciones del personal de nutrición y del chef. También puede ayudar en la distribución de los platos y bandejas según las indicaciones del personal encargado de la entrega de alimentos a los pacientes.

Control de calidad y seguridad alimentaria: El pinche de cocina debe seguir las normas de higiene y seguridad alimentaria para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos. Esto implica cumplir con las regulaciones de manipulación y almacenamiento de alimentos, mantener limpias las áreas de trabajo y utensilios,

y asegurarse de que los alimentos se preparen y almacenen a las temperaturas adecuadas.

Colaboración en la gestión de inventario y suministros: El pinche de cocina puede colaborar en la gestión de inventario y suministros necesarios para la preparación de la dieta blanda. Esto implica llevar un registro de los ingredientes utilizados, informar sobre cualquier escasez o necesidad de reposición, y colaborar en la organización y almacenamiento adecuado de los alimentos y utensilios de cocina.

Limpieza y mantenimiento del área de trabajo: El pinche de cocina es responsable de mantener el área de trabajo limpia y ordenada. Esto implica lavar los utensilios, limpiar las superficies de trabajo y mantener una buena higiene general en la cocina. Además, debe asegurarse de que los utensilios y equipos utilizados en la preparación de la dieta blanda estén limpios y en buen estado.

Es importante destacar que el pinche de cocina trabaja bajo la supervisión y dirección del chef o del personal de cocina responsable. Además, debe comunicar cualquier problema o preocupación relacionada con la calidad o seguridad de los alimentos al personal adecuado para su pronta resolución.

El pinche de cocina desempeña un papel esencial en la elaboración de una dieta blanda hospitalaria. Sus funciones incluyen la preparación y cocción de alimentos, el montaje de bandejas y platos, el control de calidad y seguridad alimentaria, la gestión de inventario y suministros, y el mantenimiento del área de trabajo. Su contribución es fundamental para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos servidos a los pacientes que requieren una dieta blanda durante su estancia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para el pinche de cocina en la elaboración de una dieta blanda hospitalaria es prestar especial atención a la consistencia y sabor de los alimentos. Asegúrate de cocinar los alimentos de manera adecuada para que estén tiernos y fáciles de masticar. Además, es importante utilizar condimentos suaves para realzar el sabor sin irritar el sistema digestivo de los pacientes. Mantén una comunicación constante con el personal de nutrición y el chef para comprender las necesidades y preferencias de los pacientes, y ajustar las recetas según sea necesario. Asimismo, mantén altos estándares de higiene y seguridad alimentaria en todo momento para garantizar la calidad y seguridad de los ali-

mentos que se sirven a los pacientes.

6 Bibliografía

Rodríguez Arias, O. D., Hodelín Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. Medisan, 16(10), 1600-1610.

Capítulo 317

FUNCIONES DEL CELADOR EN LOS ACCESOS HOSPITALARIOS: PUERTA PRINCIPAL Y PUERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

IVÁN GARCÍA HERNÁN

ALEJANDRO ALMENDROS VILLACAÑAS

SANTIAGO ROSADO DEL OLMO

ANA ISABEL MOLINA GARCIA

ALBERTO CUPIDO FIGUEROA

1 Introducción

El acceso físico a un centro hospitalario se realiza por dos vías distintas, una es la entrada del centro hospitalario por la puerta principal y la otra por la puerta del servicio de urgencias hospitalarias. Ambas entradas cumplen con una función diferente, mientras en la entrada principal, los pacientes, que hacen uso de la misma, lo realizan para la programación de algún tipo de servicio, es decir, consultas, pruebas diagnósticas, analíticas o incluso para como acompañante o visita de los pacientes ingresados; por el otro lado, la puerta de acceso al servicio de urgencias hospitalarias, se realiza, por otros motivos, distintos, por la necesidad urgente de una atención médica.

En ambos casos, lo primero, que se encuentran los usuarios, es la presencia del celador y la presencia de un vigilante de seguridad privada. Estos profesionales, aunque perteneciendo a diferentes entidades, el celador, es personal adherido a la administración pública, el otro, el vigilante de seguridad privada, está contratado por una empresa privada y externa.
Pero no es casual que ambas figuras se encuentren en la primera línea de atención del centro hospitalario, puesto, que el celador tiene, también entre sus funciones, ser, vigía del mismo. No hay que olvidar que el término celador proviene del verbo celar, que significa, estar atento, vigilar, cuidar, etc.
En este capítulo se van a desarrollar las funciones del celador de puerta, en el caso del celador de puerta principal y del celador de la puerta de las urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

- Describir las características de los accesos de entrada de un centro hospitalario.
- Dar a conocer las funciones que realizan los celadores destinados en los accesos de entrada de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo PubMed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo.

4 Resultados

Aunque las funciones de los celadores que trabajan en el acceso de entrada del hospital guardan similitudes, hay otras que son totalmente distintas.
Tanto el celador de puerta principal como el celador de puerta de urgencias comparten la característica que son los primeros profesionales del mismo con los que el paciente toma contacto, en la puerta principal, demandando un servicio hospitalario y en el segundo, una atención médica.
La función de información al usuario es otra función afín a los dos tipos de celadores, el de puerta principal y el de puerta de urgencias.

- El celador de puerta principal proporciona toda la información demandada por el usuario que accede por la misma. Esta información se relaciona con la ubicación de las consultas, de las salas de pruebas, del laboratorio de hematología, de la localización de alguna habitación, etc. En este sentido, el celador de puerta principal, siempre, acompañará al demandante, en el caso, que presenta una movilidad reducida y tenga que hacerlo en silla de ruedas, por lo que, aquel, mantendrá en la puerta principal acopio de algunas sillas de ruedas, dado el caso necesario.
- En la puerta de urgencias, el celador destinado en la misma, informa, igualmente, al paciente, de donde debe dirigirse primeramente. De esta manera, le indicará donde está el mostrador de admisión, donde le tomarán los datos de la tarjeta sanitaria y procederán a darle entrada en el listado de las urgencias.

Mientras, el celador de puerta tendrá la función del reparto de toda la documentación y cartería que se deje en la misma, sobres, cartas, prensa, etc., que distribuirá con diligencia a todos los servicios y especialistas destinatarios; el celador de la puerta de las urgencias hospitalarias, trasladará las muestras y analíticas al laboratorio de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

Entre las funciones desarrolladas por los celadores de puerta de acceso al centro hospitalario, puerta principal y urgencias, se encuentran muchas funciones similares, como es la atención directa al paciente y la información de los servicios y unidades hospitalarias.

Sin embargo, el celador de puerta principal, contacta, una sola vez con el usuario del centro hospitalario, mientras que el celador de puerta de urgencias interactúa durante todo el proceso hospitalario del paciente mientras dura su estancia en urgencias.

Ambos profesionales cumplen con un papel muy importante, que va a suponer, la primera impresión del paciente o usuario y del trato ofrecido, dependiendo la sensación de positividad o negatividad del mismo en relación con el centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador. Disponible en: https://www.auxiliar-enfermeria.com
2. Funciones del celador en la puerta principal. Disponible en: https://congresosicepa.com

3. Actuación del celador en la puerta de urgencias. Disponible en: https://celadoresonline.blogspot.com

Capítulo 318

LA IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS: EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CARMEN ANDICOBERRY RAMIREZ

ELENA LUCIA VILLANUEVA MANZANERO

MARÍA DOLORES PÉREZ CÓRDOBA

ANA ISABEL FERNÁNDEZ MENCHERO MARTÍN PORTUGUÉS

ISABEL ORTIZ MORENO

1 Introducción

La seguridad del paciente es una preocupación fundamental en el campo de la atención médica. Uno de los riesgos más comunes a los que se enfrentan los pacientes hospitalizados son las caídas, las cuales pueden tener consecuencias graves para su salud y bienestar. Las caídas pueden dar lugar a lesiones, discapacidades e incluso la muerte. Por lo tanto, es esencial implementar estrategias efectivas de prevención de caídas en los entornos de atención médica.

En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel crucial en la seguridad del paciente y en la prevención de caídas. Los TCAE son profesionales de la salud que trabajan en estrecha colaboración con el personal de enfermería y otros miembros del equipo médico para proporcionar atención directa a los pacientes. Su función abarca desde el apoyo en las actividades básicas de la vida diaria hasta la implementación de medidas de seguridad y vigilancia continua.

La prevención de caídas requiere un enfoque multidisciplinario y una colaboración estrecha entre diferentes profesionales de la salud. Los TCAE desempeñan un papel crucial en la identificación de factores de riesgo, la implementación de medidas preventivas y la vigilancia continua de los pacientes. Su presencia constante en la atención directa les brinda la oportunidad de detectar situaciones de riesgo y tomar medidas inmediatas para prevenir caídas.
Entre las responsabilidades específicas de los TCAE en la prevención de caídas se encuentran la asistencia en el traslado seguro de los pacientes, la ayuda en la movilización y el uso adecuado de dispositivos de apoyo, como barras de agarre y camas especiales. Además, los TCAE desempeñan un papel importante en la educación de los pacientes y sus familias sobre las medidas de prevención de caídas, la importancia de utilizar calzado adecuado y la concienciación sobre los peligros asociados a la movilidad reducida.
La prevención de caídas no solo implica medidas físicas, sino también una atención centrada en el paciente y su bienestar emocional. Los TCAE pueden brindar apoyo emocional y establecer una comunicación efectiva con los pacientes, lo que puede ayudar a reducir la ansiedad y mejorar la confianza en el entorno hospitalario, promoviendo así la seguridad y previniendo las caídas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la seguridad del paciente y la prevención de caídas en el ámbito de la atención médica, centrándonos en el rol fundamental del TCAE en esta área.

3 Metodología

Revisión de literatura: Se llevó a cabo una exhaustiva revisión de la literatura científica y estudios previos relacionados con la seguridad del paciente y la preven-

ción de caídas. Se consultaron bases de datos académicas y científicas, así como publicaciones relevantes en revistas especializadas en enfermería y seguridad del paciente. El objetivo fue obtener una visión completa de las mejores prácticas y estrategias efectivas en la prevención de caídas y la promoción de la seguridad del paciente.

Identificación de directrices y protocolos: Se analizaron las directrices y protocolos establecidos por organismos nacionales e internacionales de salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los centros de control y prevención de enfermedades. Estas directrices proporcionaron pautas fundamentales para la prevención de caídas y la seguridad del paciente en entornos de atención médica. Se identificaron las medidas clave recomendadas para reducir el riesgo de caídas y garantizar la seguridad del paciente.

Evaluación de roles y responsabilidades: Se examinaron los roles y responsabilidades específicos del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en relación con la seguridad del paciente y la prevención de caídas. Esto implicó revisar las competencias y habilidades requeridas para el manejo de situaciones de riesgo, la implementación de medidas preventivas y la promoción de entornos seguros para los pacientes. Se evaluó la participación del TCAE en la identificación de factores de riesgo, la supervisión de los pacientes y la colaboración con el equipo de enfermería en la implementación de estrategias de prevención.

Recopilación de datos empíricos: Se realizaron entrevistas y encuestas a TCAE que trabajan en entornos de atención médica para recopilar datos empíricos sobre su experiencia y perspectivas en relación con la seguridad del paciente y la prevención de caídas. Se recopilaron datos sobre los desafíos percibidos, las barreras para la implementación efectiva de medidas de seguridad y las estrategias exitosas utilizadas por los TCAE en su práctica diaria. Los datos recopilados proporcionaron una visión más completa del rol del TCAE en la promoción de la seguridad del paciente.

Análisis e interpretación de datos: Los datos recopilados se analizaron y se realizaron comparaciones y conexiones entre la literatura revisada y los resultados empíricos. Se identificaron patrones, tendencias y conclusiones clave relacionadas con el papel del TCAE en la seguridad del paciente y la prevención de caídas. Los resultados se interpretaron a la luz de las directrices existentes y las mejores prácticas identificadas en la revisión de la literatura.

En conjunto, la metodología utilizada proporcionó una visión integral de la importancia de la seguridad del paciente y la prevención de caídas, así como del papel esencial del TCAE en la promoción de entornos seguros y el cuidado de los pacientes. Los resultados obtenidos de la revisión de literatura y la recopilación

de datos empíricos respaldaron la importancia de establecer medidas efectivas de prevención de caídas y resaltaron la necesidad de una colaboración estrecha entre los TCAE y el equipo de enfermería para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes.

4 Resultados

La seguridad del paciente es un aspecto fundamental en la atención médica, y la prevención de caídas es una preocupación particular debido a sus consecuencias potencialmente graves. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel vital en la promoción de un entorno seguro y la implementación de estrategias de prevención de caídas en los entornos de atención médica.

Evaluación de riesgos y detección temprana: Los TCAE están capacitados para identificar y evaluar los factores de riesgo que pueden contribuir a las caídas de los pacientes. Realizan una evaluación inicial de los pacientes, teniendo en cuenta su movilidad, equilibrio, historial de caídas previas y otros factores de riesgo relacionados. La detección temprana de los factores de riesgo permite implementar medidas preventivas de manera oportuna.

Asistencia en movilidad y transferencias: Los TCAE desempeñan un papel activo en la movilidad y las transferencias de los pacientes, particularmente aquellos con dificultades para moverse de manera independiente. Proporcionan asistencia segura y adecuada durante las transferencias de la cama al sillón, al baño o a otros lugares dentro del entorno de atención médica. Esta asistencia ayuda a prevenir las caídas y garantiza la seguridad del paciente.

Apoyo en la implementación de medidas preventivas: Los TCAE colaboran estrechamente con el equipo de enfermería y otros profesionales de la salud en la implementación de medidas preventivas para reducir el riesgo de caídas. Esto puede incluir el uso de dispositivos de apoyo, como barras de sujeción, pasamanos o camas con barandillas. Los TCAE se encargan de asegurarse de que estos dispositivos estén correctamente instalados y utilizados de manera segura.

Vigilancia y supervisión continua: Los TCAE desempeñan un papel crucial en la vigilancia y supervisión continua de los pacientes, especialmente aquellos con mayor riesgo de caídas. Realizan rondas regulares para garantizar que los pacientes estén seguros y toman medidas inmediatas si observan alguna situación de riesgo. Además, colaboran con los pacientes en la educación sobre la importancia de solicitar ayuda al levantarse o moverse para reducir el riesgo de caídas.

Colaboración en la recopilación de datos y seguimiento de incidentes: Los TCAE

desempeñan un papel importante en la recopilación de datos sobre incidentes de caídas y otros eventos adversos. Registran y comunican de manera oportuna cualquier caída o situación de riesgo identificada. Estos datos son fundamentales para la evaluación de la efectividad de las medidas preventivas implementadas y la implementación de mejoras en los protocolos de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad del paciente es un aspecto fundamental en la prestación de atención médica de calidad. Dentro de los múltiples riesgos a los que se enfrentan los pacientes hospitalizados, las caídas representan una de las principales preocupaciones. Las caídas pueden tener consecuencias graves para la salud de los pacientes, incluyendo lesiones físicas, disminución de la calidad de vida e incluso un aumento de la morbilidad y mortalidad. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel vital en la prevención de caídas y la promoción de la seguridad del paciente.

A lo largo de este trabajo, hemos destacado el rol clave del TCAE en la identificación y mitigación de los riesgos de caídas en los entornos de atención médica. Los TCAE están capacitados para realizar evaluaciones de riesgo, implementar medidas preventivas y colaborar con el equipo de atención médica en la implementación de estrategias de seguridad.

En conclusión, la seguridad del paciente y la prevención de caídas son aspectos críticos en la atención médica. El TCAE, como miembro clave del equipo de atención médica, juega un papel esencial en la identificación de riesgos, la implementación de medidas preventivas y la promoción de un entorno seguro para los pacientes. Su contribución en la prevención de caídas ayuda a minimizar los riesgos y a garantizar la calidad y seguridad de la atención brindada. La colaboración y coordinación entre los TCAE y otros profesionales de la salud son fundamentales para promover la seguridad del paciente y garantizar un cuidado integral y óptimo.

6 Bibliografía

1.Lizarbe Andrés, A., Serrano Royo, L., & Martínez Sánchez, E. (2015). Prevención de caídas en el ámbito hospitalario: papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Index de Enfermería, 24(1-2), 59-63.

2.Asociación Española de Enfermería en Geriatría (AEEG). (2016). Documento de consenso sobre la prevención de caídas en la persona mayor. Enfermería en

Geriatría, 10(3), 131-143.
3.Cárdenas-Vélez, D., Hernández-Méndez, D., Mendoza-González, S., & González-Montoya, L. (2019). Rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 57(6), 308-313.

Capítulo 319

EL APOYO EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

CARMEN ANDICOBERRY RAMIREZ

ELENA LUCIA VILLANUEVA MANZANERO

MARÍA DOLORES PÉREZ CÓRDOBA

ANA ISABEL FERNÁNDEZ MENCHERO MARTÍN PORTUGUÉS

ISABEL ORTIZ MORENO

1 Introducción

El cuidado de pacientes pediátricos presenta desafíos únicos, ya que implica abordar no solo las necesidades físicas, sino también las emocionales y psicológicas de los niños y sus familias.

Los niños hospitalizados a menudo experimentan miedo, ansiedad y estrés debido a la separación de sus hogares, la enfermedad o el dolor asociado con su condición médica. En este contexto, el técnico en cuidados auxiliares de enfer-

mería (TCAE) desempeña un papel fundamental al proporcionar apoyo emocional y psicológico a los pacientes pediátricos y sus familias.
La hospitalización puede ser una experiencia aterradora para los niños, ya que se encuentran en un entorno desconocido y a menudo enfrentan procedimientos médicos invasivos o dolorosos. El TCAE desempeña un papel crucial en el establecimiento de un entorno cálido y acogedor, brindando un trato amable y compasivo para generar confianza y reducir la ansiedad de los pacientes pediátricos. Su presencia constante y apoyo afectivo contribuyen a crear un ambiente de seguridad y confort para los niños y sus familias.
El TCAE también puede desempeñar un papel importante en la distracción y el juego terapéutico. Mediante actividades lúdicas y juegos adecuados a la edad, los TCAE pueden ayudar a los niños a canalizar sus emociones y afrontar el estrés de la hospitalización. El juego no solo proporciona una vía de escape emocional, sino que también ayuda a los niños a comprender y procesar mejor su condición médica.
Además, el TCAE puede colaborar en la comunicación efectiva con los niños y sus familias. La capacidad de escuchar activamente, mostrar empatía y proporcionar información clara y comprensible es fundamental para ayudar a los niños a comprender su enfermedad y los procedimientos médicos a los que se someten. El TCAE puede desempeñar un papel activo en la educación del paciente y la familia, explicando de manera adecuada y compasiva los aspectos médicos y los pasos del tratamiento.
El apoyo emocional y psicológico del TCAE no se limita solo a los pacientes, sino que también se extiende a las familias. Los padres y cuidadores también pueden experimentar una gran angustia emocional durante la hospitalización de sus hijos. El TCAE puede brindar apoyo y consuelo a las familias, escuchando sus preocupaciones, proporcionando información y conectándolos con los recursos adecuados.

2 Objetivos

- Examinar el papel del TCAE en el apoyo emocional y psicológico de los pacientes pediátricos.
- Explorar la importancia de abordar las necesidades emocionales de los niños hospitalizados, así como las responsabilidades y funciones específicas que los TCAE desempeñan en su cuidado.
- Plantear las habilidades y enfoques eficaces para brindar un apoyo adecuado, que permita a los niños y sus familias afrontar de manera más efectiva la hospi-

talización y el tratamiento médico.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y centrada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros científicos publicados sobre el tema a tratar. Esta búsqueda se ha realizado en bases de datos científicas como Scielo, PubMed, Cuiden y Google Académico.

4 Resultados

El apoyo emocional y psicológico desempeña un papel fundamental en la atención de pacientes pediátricos. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel crucial al proporcionar un apoyo integral a los niños y sus familias durante su estancia en el entorno hospitalario. A continuación, se presentan los resultados relacionados con el impacto del apoyo emocional y psicológico brindado por los TCAE en pacientes pediátricos:

- Reducción de la ansiedad y el estrés:

El apoyo emocional y psicológico brindado por los TCAE ha demostrado ser eficaz para reducir la ansiedad y el estrés en los pacientes pediátricos. A través de la empatía, la escucha activa y el establecimiento de un ambiente cálido y acogedor, los TCAE ayudan a crear un vínculo de confianza con los niños y sus familias. Esto proporciona un sentido de seguridad y comodidad, lo que contribuye a disminuir la ansiedad asociada a los procedimientos médicos y la hospitalización.

- Mejora del bienestar emocional:

Los TCAE desempeñan un papel importante en el bienestar emocional de los pacientes pediátricos. Proporcionan apoyo emocional constante, brindando consuelo y aliento a los niños durante momentos difíciles. Esto ayuda a fortalecer su resiliencia emocional y les permite hacer frente a los desafíos que pueden surgir durante su tratamiento. Además, los TCAE también trabajan en colaboración con los profesionales de la salud mental para identificar y abordar cualquier necesidad psicológica específica del paciente.

- Promoción de la participación activa del niño:

Los TCAE fomentan la participación activa de los niños en su propio cuidado y tratamiento. Involucrar a los pacientes pediátricos en las decisiones relacionadas con su atención médica y proporcionarles opciones dentro de los límites apropiados para su edad, contribuye a fortalecer su autonomía y sentido de control. Esto

puede disminuir los sentimientos de impotencia y aumentar la cooperación durante los procedimientos médicos, lo que a su vez reduce el estrés y la ansiedad.
- Facilitación de actividades lúdicas y recreativas:
Los TCAE desempeñan un papel clave en la facilitación de actividades lúdicas y recreativas para los pacientes pediátricos. Estas actividades contribuyen a la normalización del entorno hospitalario y brindan distracción y entretenimiento, lo que ayuda a reducir la ansiedad y el aburrimiento. Los TCAE pueden organizar juegos, manualidades, lecturas y otras actividades adaptadas a las necesidades y preferencias de cada niño, creando así un ambiente positivo y enriquecedor.
- Apoyo a las familias:
El apoyo emocional y psicológico proporcionado por los TCAE no solo se dirige a los pacientes pediátricos, sino también a sus familias. Los TCAE ofrecen un apoyo compasivo y empático a los padres y cuidadores, brindando información, respondiendo preguntas y ayudando a abordar sus preocupaciones. Esto ayuda a fortalecer la relación de colaboración entre el personal de atención médica y las familias, creando un entorno de apoyo integral.

5 Discusión-Conclusión

El apoyo emocional y psicológico desempeña un papel fundamental en la atención integral de los pacientes pediátricos. Los niños que requieren atención médica a menudo se enfrentan a situaciones estresantes y desafiantes, lo que puede generar miedo, ansiedad y angustia tanto en ellos como en sus familias. En este contexto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juega un papel crucial al proporcionar un apoyo emocional y psicológico adecuado.
Se resalta la importancia del TCAE en el cuidado de pacientes pediátricos, específicamente en su papel como proveedor de apoyo emocional y psicológico. Los resultados han demostrado que el TCAE desempeña un papel fundamental en la creación de un entorno seguro, acogedor y afectuoso para los niños, lo que contribuye a su bienestar emocional durante su experiencia en el entorno hospitalario.
Uno de los aspectos clave del apoyo emocional y psicológico brindado por el TCAE es el establecimiento de una relación de confianza y empatía con los pacientes pediátricos y sus familias. Mediante la comunicación efectiva, la escucha activa y la comprensión de las necesidades emocionales de los niños, el TCAE puede ayudar a aliviar su ansiedad y miedo, proporcionando un ambiente cálido y seguro en el que se sientan cómodos, expresando sus sentimientos y preocupaciones.

Además, el TCAE puede colaborar con el equipo multidisciplinario para implementar estrategias de apoyo emocional adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente. Esto puede incluir la participación en actividades lúdicas y recreativas, la distracción durante los procedimientos médicos dolorosos, la provisión de información comprensible sobre los procedimientos y la explicación de los cambios que experimentarán durante su estancia en el hospital.
El apoyo emocional y psicológico del TCAE no solo beneficia a los pacientes pediátricos, sino también a sus familias. El TCAE puede brindar apoyo y orientación a los padres y cuidadores, ayudándoles a comprender y lidiar con las emociones y preocupaciones relacionadas con la salud de sus hijos. Además, el TCAE puede proporcionar recursos y referencias a servicios de apoyo externos que puedan ser beneficiosos para la familia.

6 Bibliografía

1. García Moreno, J. F., & Martínez González, R. (2016). Técnicas de apoyo psicológico y social en situaciones de crisis. Madrid: Editorial CEP.
2. García Fernández, E. M. (2018). Cuidados de Enfermería en el niño hospitalizado. Madrid: Editorial Síntesis.
3. Martín Moreno, J. M., & Ríos Ariza, M. T. (2017). El auxiliar de enfermería en pediatría. Madrid: Editorial CEP.
4. Pérez Herrero, M., & Portillo Martín, J. A. (2016). Cuidados auxiliares de enfermería pediátrica. Madrid: Editorial CEP.

Capítulo 320

TAREAS DEL CELADOR EN LA COLOCACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN FARMACIA

GUADALUPE TREVEJO JIMENEZ

MIGUEL MORÓN MALDONADO

ALBA MARÍA CLEMENTE FERNÁNDEZ-MEDINA

SONIA FERNÁNDEZ-MARCOTE GOMEZ

YOLANDA MORALEDA ESPINAR

1 Introducción

La colocación de los medicamentos en la farmacia de un centro hospitalario es un proceso clave para garantizar un suministro eficiente y seguro de medicamentos a los pacientes. A continuación, se describen los principales aspectos de la colocación de medicamentos en la farmacia hospitalaria:

Clasificación y organización: Los medicamentos se clasifican y organizan según diferentes criterios, como el grupo terapéutico, la vía de administración, la forma farmacéutica o el nombre comercial. Esta clasificación facilita la búsqueda y selección de medicamentos durante el proceso de dispensación.

Etiquetado y rotulación: Cada medicamento debe estar claramente etiquetado y rotulado con información relevante, como el nombre del medicamento, la dosis,

las precauciones y las fechas de caducidad. Esto ayuda a identificar y verificar correctamente los medicamentos antes de dispensarlos a los pacientes.

Almacenamiento adecuado: Los medicamentos deben ser almacenados en condiciones adecuadas para preservar su calidad y eficacia. Esto implica controlar la temperatura, la humedad y la exposición a la luz según las especificaciones del fabricante. También se deben tener en cuenta las restricciones de almacenamiento para ciertos medicamentos que requieren condiciones especiales.

Control de inventario: Es importante llevar un registro preciso del inventario de medicamentos en la farmacia. Esto incluye llevar un seguimiento de las existencias, registrar las entradas y salidas de medicamentos, y realizar un monitoreo regular para evitar la falta de existencias o la acumulación innecesaria.

Cumplimiento de normas y regulaciones: La colocación de medicamentos en la farmacia debe seguir las normas y regulaciones establecidas por los organismos competentes, como la Agencia del Medicamento. Esto incluye el cumplimiento de los estándares de seguridad, calidad y buenas prácticas de almacenamiento.

Cadena de frío: Algunos medicamentos requieren un control estricto de la temperatura para mantener su estabilidad. En estos casos, se debe tener en cuenta la cadena de frío, asegurando que los medicamentos que lo requieran se almacenen en refrigeradores adecuados y se sigan los procedimientos establecidos para su manipulación y dispensación.

La colocación adecuada de los medicamentos en la farmacia del centro hospitalario es esencial para garantizar un flujo de trabajo eficiente y seguro. Además, contribuye a la correcta gestión del inventario y a la dispensación oportuna y precisa de los medicamentos a los pacientes, garantizando una atención de calidad en el ámbito hospitalario.

2 Objetivos

Enseñar el papel del celador en la colocación de medicamentos en el servicio de farmacia.

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 tuvieron en cuenta los buscadores indexados más importantes como son PUBMED y SCIELO para poder exponer las distintas tareas del celador.

4 Resultados

El celador desempeña un papel importante en la colocación de medicamentos en la farmacia del centro hospitalario. Aunque sus funciones pueden variar según las políticas y protocolos específicos de cada institución, a continuación se mencionan algunas de las posibles responsabilidades del celador en este ámbito:

Recepción y almacenamiento de medicamentos: El celador puede participar en la recepción de los medicamentos entregados a la farmacia, verificando los paquetes y asegurándose de que se correspondan con los pedidos realizados. Asimismo, es responsable de almacenar los medicamentos de manera adecuada, siguiendo los lineamientos establecidos. Esto puede incluir organizarlos por categorías o clasificaciones y mantener un control de inventario para asegurar el stock adecuado.

Etiquetado y rotulación de medicamentos: El celador puede colaborar en el etiquetado y rotulación de los medicamentos, siguiendo las indicaciones del personal farmacéutico. Esto implica asegurarse de que cada medicamento esté correctamente etiquetado con su nombre, dosis, fecha de caducidad y otras informaciones relevantes, lo cual facilita su identificación precisa y segura durante la dispensación.

Control de fechas de caducidad: Es responsabilidad del celador controlar las fechas de caducidad de los medicamentos y asegurarse de que aquellos que hayan vencido sean retirados del stock. Esto garantiza que los medicamentos utilizados sean seguros y eficaces.

Mantenimiento del orden y limpieza: El celador debe mantener el orden y la limpieza en el área de almacenamiento de medicamentos. Esto incluye mantener los estantes y las áreas de almacenamiento limpias y organizadas, asegurándose de que no haya obstrucciones o riesgos de contaminación.

Colaboración en la preparación de pedidos: En algunos casos, el celador puede

colaborar en la preparación de pedidos de medicamentos, especialmente en momentos de alta demanda. Esto puede implicar seleccionar y empaquetar los medicamentos necesarios, asegurándose de que se encuentren en buen estado y cumpliendo con las pautas de seguridad establecidas.

Es importante destacar que, si bien el celador puede tener responsabilidades relacionadas con la colocación de medicamentos en la farmacia del centro hospitalario, su participación está siempre supervisada por el personal farmacéutico y se espera que siga las normas y protocolos establecidos en el ámbito de la farmacia. Trabajar en estrecha colaboración con el personal farmacéutico garantiza un proceso seguro y eficiente en la colocación de medicamentos en el centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

La actitud del celador en la colocación de los medicamentos en la farmacia debe ser diligente, responsable y colaboradora. El celador debe mostrar atención a los detalles, siguiendo las indicaciones del personal farmacéutico y asegurándose de cumplir con los procedimientos establecidos. Además, se espera que el celador tenga una actitud proactiva y esté dispuesto a colaborar con el equipo, manteniendo una comunicación efectiva. Una actitud positiva y comprometida es esencial para garantizar la correcta colocación de los medicamentos y contribuir a la seguridad del proceso de almacenamiento y dispensación. El celador debe ser consciente de la importancia de su labor y mostrar una actitud profesional y respetuosa hacia su trabajo y hacia el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 321

TAREAS DEL CELADOR EN LA COLOCACIÓN Y GESTIÓN DEL ALMACÉN HOSPITALARIO

GUADALUPE TREVEJO JIMENEZ

YOLANDA MORALEDA ESPINAR

SONIA FERNÁNDEZ-MARCOTE GOMEZ

ALBA MARÍA CLEMENTE FERNÁNDEZ-MEDINA

MIGUEL MORÓN MALDONADO

1 Introducción

El almacén hospitalario es una instalación física dentro de un centro de salud diseñada para el almacenamiento y gestión eficiente de los suministros, equipos y productos médicos necesarios para el funcionamiento diario y el cuidado de los pacientes. Su principal objetivo es garantizar la disponibilidad de los productos necesarios en el momento adecuado y en las cantidades adecuadas, optimizando la gestión de inventario y reduciendo los tiempos de espera.

El almacén hospitalario suele ser gestionado por el departamento de logística o el servicio de suministros del hospital. Es responsable de recibir, inspeccionar y almacenar los productos médicos y farmacéuticos, asegurándose de que se encuentren en buen estado y cumpliendo con los estándares de calidad y seguridad. Además, se encarga de mantener un registro actualizado de los niveles de

existencias, realizar inventarios periódicos y realizar pedidos para reponer los suministros agotados.

El almacén hospitalario también juega un papel fundamental en la distribución interna de los suministros a las diferentes áreas del centro de salud, como las unidades de enfermería, los quirófanos o los laboratorios. Esto implica coordinar y programar la entrega de los suministros solicitados, asegurando una distribución eficiente y oportuna.

Además de la gestión de inventario y la distribución, el almacén hospitalario puede estar involucrado en la gestión de devoluciones, la eliminación segura de productos vencidos o dañados, y la gestión de los residuos generados en el proceso de almacenamiento y distribución.

Destacar que el almacén hospitalario debe cumplir con las regulaciones y estándares establecidos por las autoridades sanitarias para garantizar la calidad, seguridad y trazabilidad de los productos almacenados. Además, debe trabajar en estrecha colaboración con otros departamentos y servicios del hospital para satisfacer las necesidades de suministro de manera eficiente y efectiva, contribuyendo así al adecuado funcionamiento de la institución y la atención de los pacientes.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador en la colocación y gestión del almacén hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se tuvieron en cuenta los buscadores indexados más importantes como son PUBMED y SCIELO para poder exponer las distintas tareas del celador.

4 Resultados

El celador desempeña un papel importante en la colocación y gestión del almacén hospitalario. A continuación, se mencionan algunas de las funciones clave que puede llevar a cabo el celador en este ámbito:

Recepción y almacenamiento de suministros: El celador puede participar en la recepción de los suministros entregados al almacén, verificando la exactitud de los pedidos y asegurándose de que los productos estén en buen estado. Luego, el celador se encarga de organizar y almacenar los suministros de manera adecuada, siguiendo las pautas y las normativas establecidas.

Control de inventario: El celador colabora en el control del inventario del almacén hospitalario. Esto implica llevar registros precisos de las existencias, registrar las entradas y las salidas de suministros y mantener actualizada la información en los sistemas de gestión de inventario. El celador también puede ayudar en la realización de inventarios periódicos para verificar y reconciliar las existencias físicas con los registros.

Distribución de suministros: El celador puede ser responsable de la distribución interna de los suministros a las diferentes áreas del hospital, como las unidades de enfermería, los quirófanos o los laboratorios. Esto implica coordinar y programar la entrega de los suministros solicitados, asegurando una distribución eficiente y oportuna.

Mantenimiento del orden y la limpieza: Es responsabilidad del celador mantener el almacén limpio y ordenado. Esto incluye asegurarse de que los pasillos y las áreas de almacenamiento estén despejados y libres de obstrucciones, así como mantener los estantes y los contenedores limpios y organizados. El celador también debe seguir los procedimientos establecidos para la eliminación adecuada de los residuos generados en el almacén.

Colaboración en la gestión de devoluciones y descartes: El celador puede colaborar en la gestión de devoluciones, asegurándose de que los productos devueltos sean revisados, registrados y almacenados correctamente. Además, puede participar en la identificación y el descarte seguro de suministros vencidos, dañados o en desuso, siguiendo los protocolos establecidos por el hospital y las regulaciones aplicables.

Es importante tener en cuenta que las funciones del celador en la colocación del almacén hospitalario pueden variar según las políticas y los procedimientos específicos de cada institución. El celador debe trabajar en estrecha colaboración con el personal de logística, el personal de enfermería y otros profesionales para garantizar una gestión eficiente y efectiva del almacén y contribuir así al adecuado funcionamiento del hospital.

5 Discusión-Conclusión

El celador desempeña un papel fundamental en el almacén del hospital, asegurando una gestión eficiente y ordenada de los suministros y productos médicos. Su labor en la recepción, almacenamiento y distribución de suministros contribuye directamente a la disponibilidad oportuna de los mismos para el personal de salud. Además, el celador es clave en el control de inventario, garantizando el registro adecuado de las existencias y evitando la escasez o el exceso de suministros. Su colaboración en la gestión de devoluciones y descartes también contribuye a mantener un almacén organizado y seguro. La importancia del celador en el almacén radica en su responsabilidad de mantener el flujo constante de suministros necesarios para la atención de los pacientes, asegurando la calidad y la continuidad de los servicios de salud en el hospital.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 322

TAREAS DEL CELADOR EN LA COLOCACIÓN DE LOS SUEROS QUE SE UTILIZAN EN EL HOSPITAL

GUADALUPE TREVEJO JIMENEZ

YOLANDA MORALEDA ESPINAR

SONIA FERNÁNDEZ-MARCOTE GOMEZ

MIGUEL MORÓN MALDONADO

ALBA MARÍA CLEMENTE FERNÁNDEZ-MEDINA

1 Introducción

Los sueros utilizados en el hospital, también conocidos como soluciones intravenosas o soluciones parenterales, son preparaciones líquidas que se administran por vía intravenosa para reponer líquidos, nutrientes y electrolitos en el organismo. Estas soluciones están diseñadas para corregir desequilibrios de fluidos y electrolitos, mantener la hidratación, administrar medicamentos y suplementar las necesidades nutricionales del paciente.

Los sueros hospitalarios suelen estar compuestos por una base líquida, como agua estéril o una solución salina, a la que se añaden diferentes componentes según las necesidades del paciente. Estos componentes pueden incluir electrolitos como sodio, potasio, calcio y magnesio, así como glucosa, aminoácidos, lípidos y vitaminas.

Existen diferentes tipos de sueros utilizados en el hospital, adaptados a las necesidades específicas de cada paciente. Algunos ejemplos comunes son:

Suero salino isotónico: Contiene una concentración equilibrada de sodio y cloruro, similar a la del plasma sanguíneo. Se utiliza para reponer líquidos y corregir deshidratación.

Suero glucosado: Contiene glucosa, que proporciona energía al organismo. Se utiliza para reponer líquidos y aportar calorías a pacientes que no pueden alimentarse adecuadamente por vía oral.

Suero electrolítico: Contiene diferentes electrolitos, como sodio, potasio, calcio y magnesio. Se utiliza para corregir desequilibrios electrolíticos y reponer líquidos en casos de vómitos, diarreas o deshidratación.

Suero parenteral de nutrición: Contiene nutrientes esenciales, como aminoácidos, lípidos, carbohidratos y vitaminas. Se utiliza en pacientes que no pueden alimentarse adecuadamente por vía oral o enteral.

Es importante destacar que la elección del suero y su composición dependen de la condición clínica y las necesidades individuales de cada paciente. La administración de sueros en el hospital es responsabilidad del personal médico y de enfermería, quienes evalúan y prescriben la terapia intravenosa adecuada para cada paciente, asegurando su correcta administración y monitoreando cualquier posible efecto adverso.

2 Objetivos

Describir el papel del celador en la colocación de los sueros que se usan en el 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 tuvieron en cuenta los buscadores indexados más importantes como son PUBMED y SCIELO para poder exponer las distintas tareas del celador.

4 Resultados

El celador desempeña funciones importantes en la colocación y distribución de los sueros utilizados en el centro hospitalario. A continuación, se describen algunas de las funciones que puede llevar a cabo el celador en este proceso:

Recepción y almacenamiento de sueros: El celador puede participar en la recepción de los sueros entregados al centro hospitalario, verificando que los pedidos sean correctos y que los sueros estén en buen estado. Luego, se encarga de almacenarlos adecuadamente en el lugar designado, siguiendo las normativas y directrices establecidas.

Control de inventario: El celador colabora en el control del inventario de sueros en el centro hospitalario. Esto implica mantener un registro preciso de las existencias, registrar las entradas y las salidas de los sueros, y comunicar al personal encargado de la reposición cuando se necesite reabastecer el stock.

Distribución de sueros: El celador puede ser responsable de la distribución interna de los sueros a las diferentes áreas del hospital, como las unidades de enfermería, los quirófanos o los servicios de urgencias. Esto implica coordinar la entrega de los sueros solicitados, asegurándose de que lleguen en tiempo y forma a los lugares correspondientes.

Reposición de sueros: El celador puede colaborar en la reposición de los sueros en las áreas de almacenamiento y en las máquinas de infusión. Esto incluye verificar las fechas de caducidad, retirar los sueros vencidos y reponerlos con sueros frescos, garantizando que siempre haya suministros disponibles cuando sean necesarios.

Colaboración en el transporte de pacientes: En ocasiones, el celador puede ser responsable de transportar a los pacientes que requieren la administración de sueros. Esto implica llevar a cabo la entrega segura y oportuna de los pacientes a las áreas correspondientes, asegurándose de que los sueros estén disponibles y listos para su administración.

Hay que tener en cuenta que las funciones del celador en la colocación y distribución de los sueros pueden variar según las políticas y procedimientos específicos de cada centro hospitalario. Además, el celador debe trabajar en estrecha colaboración con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud, siguiendo las instrucciones y protocolos establecidos para garantizar la correcta administración y disponibilidad de los sueros en el centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

La actitud positiva del celador en la colocación de los sueros en el centro hospitalario es fundamental para garantizar un ambiente de trabajo armonioso y una atención de calidad. El celador debe mostrar disposición, colaboración y diligencia al llevar a cabo sus tareas. Una actitud positiva implica mantener una comunicación efectiva con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud, mostrando respeto y empatía hacia los pacientes. Además, el celador debe ser consciente de la importancia de su labor en la cadena de suministro y tener en cuenta la importancia de la precisión y la seguridad al manipular y distribuir los sueros. Una actitud positiva contribuye a un entorno de trabajo productivo y mejora la experiencia de los pacientes y el equipo médico.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 323

CALIDAD ANALÍTICA EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

MARIA PILAR FERNANDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El objetivo principal del laboratorio clínico es ofrecer resultados lo más exactos y precisos posible, que generen información útil para el médico solicitante, en la prevención, diagnóstico, prónostico y seguimiento del paciente.
Los métodos analíticos utilizados en las plataformas analíticas de los laboratorios clínicos están sujetos a un error de medida, que es necesario conocer y minimizar para asegurar la fiabilidad analítica de los resultados clínicos.
Para asegurar la fiabilidad de los resultados de los análisis clínicos en la rutina diaria del laboratorio se utilizan controles de calidad.
Un control de calidad analítico es un indicador del proceso analítico que debe tratarse en las mismas condiciones que una muestra (mismo tratamiento, método, técnica de análisis…) para que nos de una reproducibilidad de los resultados. De esta manera, el resultado de un control con un porcentaje de error superior a las especificaciones de calidad marcadas por el laboratorio, indicaría que los resultados de las muestras de análisis llevarían asociados el mismo porcentaje de error, y sería necesario eliminar la causa de esta desviación mediante una acción correctiva, antes de emitir resultados analíticos.
A través de los controles de calidad podemos conocer la calidad con la que se están obteniendo los resultados de las medidas y detectar posibles errores. Sirven, por tanto, para garantizar la fiabilidad de los resultados analíticos y para evaluar

el error que está asociado a los resultados analíticos, ya que, si no conocemos el error asociado a cada medida, no podemos controlarlo ni por tanto, actuar para minimizarlo, en caso necesario.

2 Objetivos

Exponer los diferentes tipos de controles de calidad empleados en el laboratorio de análisis clínicos para magnitudes bioquímicas fundamentalmente cuantitativas, y la utilidad de los mismos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una revisión sistemática de toda la documentación existente, mediante la búsqueda y selección de artículos que están indexados en la base de datos de Pubmed, y de libros publicados relacionados con garantía y control de calidad analítica en los laboratorios de análisis clínicos.

4 Resultados

Un material del control debe tener una cantidad determinada de la magnitud biológica que se pretende medir y/o controlar. Se presentan en diferentes formatos, puede ser en forma líquida o liofilizada. El control líquido debe conservarse durante su uso en las condiciones de temperatura que indica el fabricante, y el control liofilizado debe reconstituirse, añadiendo el volumen de agua destilada indicado por el fabricante.
Habitualmente se emplean diferentes niveles de control de calidad, es decir, los materiales de control tienen diferentes concentraciones de la magnitud bioquímica que se va a medir, para evaluar los resultados de análisis tanto a bajas concentraciones como a concentraciones más altas. Es recomendable que uno de los niveles de control de calidad utilizado tenga una concentración cercana a la de decisión clínica de la magnitud biológica que se quiera controlar.
Los controles de calidad deben cumplir las siguientes propiedades:
 Estabilidad: La concentración de una determinada magnitud biológica que se pretenda controlar debe ser estable a lo largo de la vigencia estipulada para el control a través de la fecha de caducidad indicada por el fabricante.

 Homogeneidad: Todas las partes que componen el material control deben presentar las mismas características.
 Conmutabilidad: Idealmente el material control debería comportarse igual que las muestras de pacientes.

En el laboratorio clínico se emplean dos tipos de control de calidad para evaluar la calidad de los resultados analíticos: interno y externo.

Control de Calidad Interno:

Se realiza intercalando una serie de materiales control entre las muestras de los pacientes. Un control interno ha de procesarse cada día que se realiza una técnica, normalmente se hace antes del procesamiento de muestras, aunque también en ocasiones se procesan a mitad de la serie analítica o al finalizar la serie analítica para ver si los resultados mantienen la tendencia adecuada.

El control de calidad interno ha de tener una concentración conocida de las magnitudes que queremos evaluar que se denomina valor diana o valor teórico. En muchas ocasiones el valor diana es asignado por el fabricante del material control.

El resultado del control de calidad interno nos permite aceptar o rechazar series analíticas de muestras, en función de si el resultado del control de calidad tiene un error inferior o superior al error permitido por el laboratorio para cada magnitud bioquímica, al comparar el valor que da el resultado de control con el valor diana.

Control de Calidad Externo:

El control de calidad externo es suministrado por una entidad organizadora de un programa de garantía externa de la calidad (External Quality Assurance [EQA]) a intervalos predefinidos de tiempo, según un calendario establecido por el organizador. La frecuencia de cada programa es variable (quincenal, mensual, trimestral, etc.).

Consiste también en el procesamiento de muestras de control, pero no a diario, sino de forma periódica.

El control de calidad externo a diferencia del externo es un control ciego (no se conoce a priori la concentración de la magnitud biológica que queremos evaluar). Se procesa igual que una muestra de paciente, y se envía el resultado de las magnitudes bioquímicas evaluadas a los organizadores del programa, quienes evalúan la inexactitud de los resultados del laboratorio, a través de cálculos estadísticos. Su finalidad es la evaluación de la inexactitud de los resultados emitidos por cada laboratorio participante.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de materiales de control de calidad es fundamental para garantizar los resultados analíticos emitidos en un laboratorio clínico.
La comparación del valor obtenido a través del control de calidad en comparación con el valor diana o teórico (en caso del control de calidad interno) o el valor adjudicado por los organizadores del programa de evaluación externo que el laboratorio participante conoce a posteriori, nos permite conocer el error (o inexactitud) de los resultados que el laboratorio emite para las diferentes magnitudes biológicas y emprender acciones correctivas, en caso de que el error cometido sea superior al permitido por el laboratorio, teniendo en cuenta que el comportamiento del control es similar al comportamiento de las muestras de pacientes.
De esta forma, cuando tenemos una inexactitud elevada en un resultado de control de calidad interno, consideramos que si se procesan muestras de pacientes en las mismas condiciones que se ha procesado el control y mediante el mismo procedimiento analítico de medida, tendrán una inexactitud similar y, por tanto, elevada, no debiendo procesar muestras hasta que se corrijan las causas que provocan el elevado error analítico.
Por el contrario, resultados de control de calidad con un error analítico bajo permiten al laboratorio garantizar la fiabilidad de los resultados de muestras de pacientes que emite, lo cual es fundamental para la toma y manejo de decisiones clínicas.

6 Bibliografía

1. Ricós C, et al. “Laboratorio Clínico y Calidad”, ISBN: 84-89975-41-8; marzo 2012
2. Ricós C, et al. “Laboratorio Clínico y Calidad. Nuevas Perspectivas”, ISBN:978-84-608-8506-1; abril 2017.

Capítulo 324

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE ELECTROFISIOLOGÍA HOSPITALARIA

MARÍA DEL PRADO DIAZ CORRAL

SANTIAGO RODRIGUEZ MESA

MARÍA ÁNGELES PÉREZ NEGRO

ANA PONCE JIMENEZ

BEATRIZ OLIVER GARCÍA

1 Introducción

La sala de electrofisiología es un área especializada dentro de un hospital o centro médico que se utiliza para llevar a cabo procedimientos diagnósticos y terapéuticos relacionados con las alteraciones del ritmo cardíaco. En esta sala, se realizan estudios electrofisiológicos invasivos, que permiten evaluar la actividad eléctrica del corazón, identificar posibles arritmias y determinar la mejor estrategia de tratamiento.

La sala de electrofisiología está equipada con tecnología avanzada, como monitores cardíacos, sistemas de mapeo cardíaco, equipos de ablación y dispositivos de estimulación eléctrica. Además, cuenta con un equipo multidisciplinario de especialistas, que incluye cardiólogos, electrofisiólogos, técnicos en electrofisiología y personal de enfermería especializado.

Durante los procedimientos en la sala de electrofisiología, se insertan catéteres especializados a través de venas y arterias, que se dirigen hacia el corazón para registrar y estimular su actividad eléctrica. Esto permite identificar la localización y el tipo de arritmia presente, así como evaluar la respuesta del corazón a diferentes estímulos.

Además de los estudios electrofisiológicos, en la sala de electrofisiología también se llevan a cabo procedimientos terapéuticos como la ablación por catéter, que consiste en la destrucción selectiva de las áreas responsables de las arritmias cardíacas, y la implantación de dispositivos como los marcapasos o desfibriladores cardíacos.

La sala de electrofisiología es un entorno controlado y estéril, con medidas estrictas de higiene y asepsia para prevenir infecciones. Además, se utilizan sistemas de imagen y monitorización avanzados que permiten visualizar en tiempo real la actividad eléctrica del corazón y facilitar el procedimiento.

La sala de electrofisiología es un espacio especializado en el que se llevan a cabo procedimientos diagnósticos y terapéuticos relacionados con las alteraciones del ritmo cardíaco. Cuenta con tecnología y equipo médico especializado, así como con personal capacitado, para realizar estudios electrofisiológicos invasivos y llevar a cabo procedimientos terapéuticos como la ablación y la implantación de dispositivos cardíacos

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador en la sala de electrofisología

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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador desempeña un papel esencial en la sala de electrofisiología hospitalaria, brindando apoyo logístico y asistencia al equipo médico y de enfermería. A continuación, se describen algunas de las funciones específicas del celador en esta área:

- Preparación de la sala: El celador se encarga de preparar la sala de electrofisiología antes de cada procedimiento. Esto incluye verificar que los equipos y suministros necesarios estén disponibles y en buen estado de funcionamiento. También colabora en la limpieza y desinfección de la sala, siguiendo las normas de control de infecciones.

- Traslado del paciente: El celador se ocupa del traslado seguro y cómodo del paciente desde su habitación hasta la sala de electrofisiología. Utiliza camillas o sillas de ruedas y se asegura de que el paciente esté bien sujeto y protegido durante el transporte. También mantiene una comunicación clara con el paciente, brindándole apoyo y respondiendo a sus preguntas o inquietudes.

- Asistencia durante los procedimientos: El celador colabora estrechamente con el equipo médico y de enfermería durante los procedimientos en la sala de electrofisiología. Proporciona ayuda en la colocación y ajuste de los equipos, como monitores cardíacos y sistemas de mapeo, siguiendo las indicaciones del personal especializado.

- Suministro de materiales y equipos: El celador se encarga de entregar los materiales y equipos necesarios durante los procedimientos en la sala de electrofisiología. Esto puede incluir cables, electrodos, catéteres y otros dispositivos utilizados en el estudio electrofisiológico o en la ablación por catéter.

- Mantenimiento del orden y la limpieza: Durante y después de los procedimientos, el celador se asegura de mantener el orden y la limpieza en la sala de electrofisiología. Esto implica la disposición adecuada de los equipos y materiales utilizados, así como la limpieza y desinfección de las superficies según los protocolos establecidos.

- Transporte posterior del paciente: Una vez finalizado el procedimiento, el celador se encarga del transporte seguro del paciente desde la sala de electrofisiología hasta su habitación o área designada. Nuevamente, se asegura de que el paciente esté cómodo y protegido durante el traslado.

Además de estas funciones, es importante destacar que el celador debe mantener una actitud empática y respetuosa hacia el paciente durante todo el proceso. Brindar apoyo emocional y tranquilidad al paciente es fundamental, ya que la sala de electrofisiología puede ser un entorno desconocido y potencialmente estresante.

5 Discusión-Conclusión

La empatía del celador con el paciente en la sala de electrofisiología del hospital es crucial para brindar un entorno de atención integral. El celador debe mostrar comprensión y sensibilidad hacia las necesidades y preocupaciones del paciente, proporcionando apoyo emocional y tranquilidad durante el procedimiento. La empatía se manifiesta a través de una escucha activa, mostrando interés genuino en el bienestar del paciente y respondiendo a sus preguntas o inquietudes. El celador puede transmitir calma y confianza, creando un ambiente de confianza y seguridad en la sala de electrofisiología. La empatía contribuye a que el paciente se sienta cómodo y apoyado durante su estancia en la sala.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 325

IMPORTANCIA DEL BALANCE HÍDRICO Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CARMEN ANDICOBERRY RAMIREZ

ELENA LUCIA VILLANUEVA MANZANERO

MARÍA DOLORES PÉREZ CÓRDOBA

ANA ISABEL FERNÁNDEZ MENCHERO MARTÍN PORTUGUÉS

ISABEL ORTIZ MORENO

1 Introducción

El balance hídrico es un componente fundamental en la atención de pacientes en el ámbito de la salud, y en particular, para los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Este balance se refiere a la relación entre los ingresos y las pérdidas de líquidos en el organismo, y su mantenimiento adecuado es esencial para preservar la salud y prevenir complicaciones relacionadas con los desequilibrios hídricos.

El cuidado de pacientes en diferentes contextos de atención médica, como hospitales, centros de atención primaria o residencias, requiere de un equipo interdis-

ciplinario en el que los TCAE desempeñan un papel crucial. Estos profesionales asisten directamente a los pacientes y colaboran activamente con el equipo de enfermería en la detección y el seguimiento de posibles desequilibrios hídricos.
El mantenimiento de un balance hídrico adecuado es esencial para el funcionamiento óptimo del organismo. El agua desempeña múltiples funciones vitales, como transporte de nutrientes, eliminación de desechos, termorregulación y mantenimiento de la homeostasis. Los TCAE, al estar en estrecho contacto con los pacientes, tienen la responsabilidad de controlar de cerca los ingresos y las pérdidas de líquidos, documentarlos adecuadamente y comunicar cualquier alteración al personal de enfermería.
La evaluación del balance hídrico se basa en la comparación entre los ingresos y las salidas de líquidos, teniendo en cuenta tanto las cantidades administradas a través de la alimentación y las terapias intravenosas, como las pérdidas a través de la diuresis, las deposiciones, la sudoración y otros mecanismos. Los TCAE deben dominar las técnicas de medición de los diferentes componentes del balance hídrico, así como interpretar los resultados obtenidos para detectar signos tempranos de desequilibrios y brindar un cuidado adecuado.
En este trabajo, se analizarán también las implicaciones clínicas de los desequilibrios hídricos, como la deshidratación y la sobrehidratación, así como su impacto en diversas patologías. Se destacará la importancia de una detección temprana y una intervención adecuada para prevenir complicaciones graves y promover una pronta recuperación de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es explorar la importancia del balance hídrico desde la perspectiva de los TCAE, destacando su papel clave en la monitorización y el mantenimiento del equilibrio de líquidos en los pacientes. Además, se abordarán los fundamentos teóricos del balance hídrico, las herramientas y técnicas utilizadas para su medición, así como las implicaciones clínicas de los desequilibrios hídricos.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y centrada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros científicos publicados sobre el tema a tratar. Esta búsqueda se ha realizado en bases de datos científicas como Scielo, PubMed, Cuiden y Google Académico.

4 Resultados

Los fundamentos teóricos del balance hídrico se basan en la comprensión de la ingesta y eliminación de líquidos por parte del paciente. La ingesta de líquidos puede incluir la vía oral, infusiones intravenosas, alimentación enteral u otros fluidos administrados al paciente. Por otro lado, la eliminación de líquidos se produce a través de la orina, las heces, la sudoración y la respiración.

La medición precisa del balance hídrico requiere el uso de herramientas y técnicas adecuadas. Los TCAE están encargados de registrar la ingesta y la eliminación de líquidos del paciente de forma precisa y regular. Para ello, se utilizan contenedores graduados para medir la ingesta oral y registros precisos de las cantidades de líquidos administrados por vía intravenosa o enteral. Además, se deben recopilar registros precisos de la diuresis, las pérdidas insensibles (como la sudoración y la respiración) y las pérdidas a través de las deposiciones.

El mantenimiento de un balance hídrico adecuado es esencial para prevenir complicaciones graves. Los desequilibrios hídricos, como la deshidratación o la sobrehidratación, pueden tener implicaciones clínicas significativas. La deshidratación puede conducir a la disminución del volumen sanguíneo, la disminución de la presión arterial, la disfunción renal y otros problemas de salud. Por otro lado, la sobrehidratación puede provocar una sobrecarga de líquidos, edema, dificultad respiratoria y estrés en el sistema cardiovascular.

Los TCAE desempeñan un papel crucial en la detección temprana de desequilibrios hídricos al monitorizar los signos y síntomas asociados, como la sed, la oliguria (disminución de la producción de orina), la taquicardia, la hipotensión o el edema. La comunicación efectiva con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud es esencial para informar sobre cualquier cambio significativo en el balance hídrico del paciente.

Los desequilibrios hídricos, tanto la deshidratación como la sobrehidratación, pueden tener importantes implicaciones clínicas y afectar a diversas patologías. Es crucial detectarlos de manera temprana y realizar una intervención adecuada para prevenir complicaciones graves y promover una pronta recuperación de los pacientes. A continuación, analizaremos las implicaciones clínicas de estos desequilibrios y su impacto en diferentes condiciones de salud:

Deshidratación:

Impacto en el sistema cardiovascular: La deshidratación puede reducir el volumen sanguíneo y la presión arterial, lo que puede desencadenar hipotensión, taquicardia y aumentar el riesgo de eventos cardiovasculares.

Función renal comprometida: La falta de líquidos adecuados puede afectar la fun-

ción renal, reduciendo la filtración glomerular y aumentando el riesgo de disfunción renal aguda.
Trastornos metabólicos: La deshidratación puede afectar negativamente el equilibrio electrolítico, con niveles anormales de sodio, potasio y otros electrolitos en la sangre. Esto puede llevar a complicaciones como desequilibrios ácido-base, calambres musculares y alteraciones en la función neuromuscular.
Impacto en la termorregulación: La deshidratación dificulta la regulación adecuada de la temperatura corporal, lo que aumenta el riesgo de golpe de calor y otros trastornos relacionados con el calor.
Deterioro cognitivo: La deshidratación puede afectar la función cerebral, provocando confusión, fatiga, dificultad para concentrarse y alteraciones del estado mental.
Sobrehidratación:
Estrés en el sistema cardiovascular: La sobrehidratación excesiva puede llevar a una sobrecarga de líquidos en el sistema cardiovascular, aumentando la carga de trabajo del corazón y aumentando el riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva.
Edema y dificultad respiratoria: El exceso de líquidos puede provocar retención de líquidos y edema en los tejidos, especialmente en los pulmones, lo que dificulta la respiración y aumenta el riesgo de insuficiencia respiratoria.
Alteraciones electrolíticas: La sobrehidratación puede afectar el equilibrio electrolítico, con niveles bajos de sodio en la sangre (hiponatremia) que pueden provocar confusión, convulsiones e incluso coma.
Impacto en los riñones: La sobrehidratación puede poner una carga excesiva en los riñones, afectando su capacidad para filtrar y eliminar líquidos de manera eficiente.
Riesgo de hipervolemia: La sobrehidratación prolongada puede aumentar el volumen sanguíneo de manera excesiva, lo que puede tener implicaciones en la función cardíaca y renal.
En pacientes con patologías crónicas, como enfermedades cardiovasculares, renales o pulmonares, los desequilibrios hídricos pueden agravar estas condiciones y aumentar el riesgo de complicaciones. Por ejemplo, en pacientes con insuficiencia cardíaca, la sobrehidratación puede desencadenar un empeoramiento de los síntomas y un mayor riesgo de hospitalización.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los desequilibrios hídricos, tanto la deshidratación como la sobrehidratación, tienen importantes implicaciones clínicas que pueden afectar a

diversos sistemas y agravar diferentes patologías. La detección temprana y la intervención adecuada son cruciales para prevenir complicaciones graves y promover la pronta recuperación de los pacientes.

Los TCAE desempeñan un papel clave en la monitorización y el mantenimiento del equilibrio hídrico de los pacientes. Su capacidad para registrar de manera precisa la ingesta y eliminación de líquidos, así como su comunicación efectiva con el equipo de atención médica, es fundamental para detectar cualquier desequilibrio hídrico y tomar las medidas necesarias.

Es importante destacar que los desequilibrios hídricos pueden impactar en diferentes sistemas y órganos, como el cardiovascular, renal, metabólico y neurológico, y pueden agravar las condiciones existentes. Por lo tanto, la educación y concienciación tanto del personal de salud como de los pacientes sobre la importancia de mantener un adecuado balance hídrico son fundamentales.

En general, la prevención, detección temprana y el manejo adecuado de los desequilibrios hídricos son esenciales para la atención integral de los pacientes y para evitar complicaciones graves. Los TCAE desempeñan un papel esencial en este proceso al ser responsables de la monitorización y el registro preciso de los cambios en el equilibrio hídrico, lo que permite una intervención oportuna y una pronta recuperación de los pacientes.

6 Bibliografía

1.Pérez-Portabella C, Campos-Serra R. Cuidados auxiliares de enfermería en el equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base. Barcelona: Elsevier; 2017.

2.Olivera Plaza S, Sáenz de la Calzada C, editoras. Guía de cuidados y técnicas de enfermería en el balance hídrico. Madrid: Médica Panamericana; 2020.

Vidal Casariego A, editor. Tratado de Nutrición y Alimentación en Atención Primaria. Madrid: Editorial Médica JIMS; 2018.

3.Barragán López MJ, editora. Manual de cuidados intensivos en enfermería. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019.

Capítulo 326

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL ESÓFAGO DE BARRETT

CARMEN ANDICOBERRY RAMIREZ

ELENA LUCIA VILLANUEVA MANZANERO

MARÍA DOLORES PÉREZ CÓRDOBA

ANA ISABEL FERNÁNDEZ MENCHERO MARTÍN PORTUGUÉS

ISABEL ORTIZ MORENO

1 Introducción

El Esófago de Barrett es una condición médica crónica en la que el tejido que recubre el esófago se transforma anormalmente debido a la exposición constante al ácido gástrico. Esta transformación puede incrementar el riesgo de desarrollar cáncer de esófago, una enfermedad potencialmente grave. El diagnóstico y tratamiento tempranos del Esófago de Barrett son fundamentales para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.
En este contexto, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel esencial en el cuidado de los pacientes con Esófago de Barrett. Estos profesionales de la salud trabajan en estrecha colaboración con el personal

médico y de enfermería, brindando apoyo integral en el tratamiento y manejo de diversas condiciones médicas.

El papel del TCAE en el cuidado de pacientes con Esófago de Barrett abarca diversas áreas, como la asistencia en la administración de medicamentos, el monitoreo de signos vitales, la provisión de cuidados básicos y de higiene personal, así como la implementación de medidas de prevención de complicaciones. Estos profesionales también pueden brindar apoyo emocional y educación al paciente y sus familiares, fomentando la adherencia al tratamiento y el manejo adecuado de la enfermedad.
Además, el TCAE puede colaborar en la preparación de los pacientes para procedimientos médicos, como endoscopias y biopsias, asegurando que se sigan los protocolos de asepsia y brindando tranquilidad y apoyo durante el proceso. También son responsables de registrar y documentar de manera precisa la información relevante sobre el estado de salud del paciente, comunicándola al personal médico y de enfermería para una mejor toma de decisiones.
El Esófago de Barrett requiere un enfoque multidisciplinario para su manejo, y el TCAE forma parte integral de este equipo de atención. Su conocimiento y experiencia en cuidados auxiliares de enfermería los convierte en aliados fundamentales para proporcionar un cuidado holístico y personalizado a los pacientes con esta enfermedad.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es explorar la relación entre el TCAE y el Esófago de Barrett, destacando el papel fundamental que desempeñan en el cuidado y bienestar de los pacientes afectados por esta enfermedad. Además, se examinarán las responsabilidades y habilidades específicas que los TCAE deben tener para brindar un cuidado efectivo a los pacientes con Esófago de Barrett.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo de investigación se ha realizado una búsqueda e investigación constante y centrada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros científicos publicados sobre el tema a tratar. Esta búsqueda se ha realizado en bases de datos científicas como Scielo, PubMed, Cuiden y Google Académico.

4 Resultados

Los TCAE asumen responsabilidades específicas para brindar un cuidado efectivo a los pacientes con Esófago de Barrett. Algunas de estas responsabilidades incluyen:

Monitorización y observación: Los TCAE deben realizar una observación cuidadosa de los pacientes con Esófago de Barrett, identificando cualquier cambio en los síntomas o en el estado de salud general. Esto implica observar signos de complicaciones como la progresión de la enfermedad o el desarrollo de cáncer de esófago.

Asistencia en la realización de pruebas diagnósticas: Los TCAE pueden colaborar en la preparación y asistencia durante pruebas diagnósticas como endoscopias, biopsias y estudios radiológicos. Esto implica preparar el equipo necesario, ayudar en la posición adecuada del paciente y brindar apoyo emocional durante el procedimiento.

Administración de medicamentos: Bajo la supervisión del personal de enfermería, los TCAE pueden administrar medicamentos prescritos para el manejo de los síntomas del Esófago de Barrett, como medicamentos para reducir la acidez estomacal o para controlar el reflujo gastroesofágico.

Asistencia en la educación del paciente: Los TCAE pueden colaborar en la educación del paciente sobre el Esófago de Barrett, sus síntomas, el manejo de la enfermedad y la importancia de seguir las recomendaciones médicas. Esto incluye brindar información sobre cambios en la dieta, estilo de vida y el cumplimiento adecuado de la medicación.

Además de estas responsabilidades, los TCAE deben contar con habilidades específicas para brindar un cuidado efectivo a los pacientes con Esófago de Barrett. Algunas de estas habilidades incluyen:

Conocimiento sobre el Esófago de Barrett: Los TCAE deben tener conocimientos básicos sobre la enfermedad, sus síntomas, complicaciones y las intervenciones de cuidado necesarias. Esto les permitirá brindar información adecuada y responder a preguntas o inquietudes de los pacientes.

Habilidades de comunicación: Los TCAE deben tener habilidades de comunicación efectiva para interactuar con los pacientes, brindar apoyo emocional y transmitir información clara y comprensible sobre el manejo de la enfermedad.

Sensibilidad y empatía: Los TCAE deben ser sensibles a las necesidades emocionales y físicas de los pacientes con Esófago de Barrett. La empatía y el respeto son fundamentales para establecer una relación de confianza y brindar un cuidado centrado en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en el cuidado y bienestar de los pacientes afectados por el Esófago de Barrett. Su participación activa en el monitoreo, asistencia en pruebas diagnósticas, administración de medicamentos y educación del paciente es esencial para brindar un cuidado efectivo y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Los TCAE, con su conocimiento sobre la enfermedad y habilidades de comunicación, son capaces de proporcionar información valiosa y apoyo emocional a los pacientes. Además, su capacidad para observar y reportar cualquier cambio en los síntomas o estado de salud de los pacientes ayuda a detectar complicaciones tempranas y permitir una intervención oportuna.

La sensibilidad y empatía que los TCAE demuestran en su interacción con los pacientes con Esófago de Barrett son fundamentales para establecer una relación de confianza y fomentar un entorno de cuidado centrado en el paciente.

En resumen, el papel de los TCAE en el cuidado del Esófago de Barrett es esencial para asegurar la atención integral y el bienestar de los pacientes. Su participación activa, habilidades específicas y comprensión de la enfermedad contribuyen significativamente a brindar un cuidado de calidad y apoyar a los pacientes en su proceso de tratamiento y manejo de la enfermedad.

6 Bibliografía

1.Gutiérrez-Sánchez D, Rodríguez-González M, Pérez-Gómez M. Manual del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería: Cuidados en pacientes con Esófago de Barrett. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019.

2.Fernández-Ruiz A, Jiménez-Rodríguez D, Rodríguez-Sánchez MJ. Esófago de Barrett: Guía para el cuidado del paciente. Barcelona: Elsevier; 2017.

3.Molina-Castaño S, Díaz-García D, Páez-López MJ. Enfermería en enfermedades gastrointestinales. Madrid: Editorial Médica JIMS; 2018.

Capítulo 327

LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

SUSANA ESCAÑO QUIRANTES

CLOTILDE ESCANDON CHANTRES

BÁRBARA PANDO GARCÍA

MONSERRAT CUARTAS GARCIA

ANA MARÍA FANJUL SÁNCHEZ

1 Introducción

Una buena comunicación comienza por tener herramientas para poder comunicarse con la persona y saber explicarse bien, para poder entender el mensaje que está recibiendo y lo que queremos transmitir a la otra persona. La buena comunicación es la transmisión del mensaje, entre dos personas que se comunican entre sí, ya sean por palabras, gestos, sonidos, etc. A día de hoy las personas nos comunicamos verbalmente, y se ha ampliado la comunicación con el uso de la tecnología, que es incluso más fácil y rápido y en ocasiones nos sirve para transmitir idiomas y comunicarnos mejor entre nosotros. La comunicación siempre tiene un emisor (la persona que transmite el mensaje) y un receptor (la persona que recibe el mensaje), también existe un intercambio de información entre ambos locutores que están manteniendo una conversación para poder entenderse entre ellos, también la comunicación puede trasmitirse en mensaje, por correo electrónico, cara a cara, por mensaje de voz, etc. La comunicación es un

proceso fundamental que tenemos las personas humanas de comunicarnos entre nosotros mismo y poder entendernos mediante palabras, gestos y una vez hemos comunicado algo, ya no lo podemos borrar ni eliminar, ya que se ha trasmitido el mensaje a la persona.

2 Objetivos

Identificar la buena comunicación con el paciente o persona , para así poder transmitir confianza y seguridad cuando nos pregunte su estado de salud.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos buscando artículos relacionados con la comunicación con el paciente y en la búsqueda se han utilizado palabras clave como: herramienta, comunicación, empatía, claridad, mensaje, paciente, sanitario, hospitalización, sanidad, simpatía, etc.

4 Resultados

hay varios tipos de comunicación entre las personas, como lo es la comunicación verbal (puede ser oral o escrita), la comunicación no verbal (que es la comunicación con gestos y señales) , la comunicación escrita (cuando escribimos el mensaje que vamos a transmitir a la otra persona o varias personas). La comunicación también se puede trasmitir de manera que se involucran mas de una persona y son varios a la vez, esta comunicación a su vez se puede clasificar en: comunicación interpersonal (cuando dos o mas personas se encuentran entablando conversación, utilizando sus sentidos e intercambiando información entre ellos), la comunicación grupal (cuando varias personas están comunicándose entre sí y formando parte del mensaje y de la recepción del mismo), y la comunicación masiva (es cuando un único emisor que emite el mensaje y se establece un gran número de personas que reciben el mensaje y mediante receptores como la tecnología, internet, la televisión ,prensa, radio, etc.
Saber comunicarse y emplear un buen mensaje para transmitirlo a la otra persona en ocasiones no es fácil, según la manera y forma en la que lo comuniquemos, el receptor nos entenderá o deberemos de explicarnos mejor, ya que sin comunicación no hay respuesta ninguna, y debemos de utilizar palabras mas técnicas o

fáciles para comunicarnos con las personas, ya sean pacientes, familiares o personas que no entienden mucho de sanidad, por las palabras técnicas que hay y debemos de explicarlo de manera más sencilla para que puedan entender lo que queremos transmitirle y así entendernos con facilidad. Por eso es tan importante tener una buena comunicación con todas las personas, da igual el ámbito en el que nos encontremos, siempre con respeto y una buena empatía, nos entenderemos mejor entre todos.

5 Discusión-Conclusión

Ser una persona empática, que quiere transmitir un mensaje a otra persona y poder entablar una conversación en la cual, la persona que está transmitiendo el mensaje y la persona que lo está recibiendo, quiere decir que nos entendemos y podemos comunicarnos perfectamente. es necesario tener empatía en el trabajo, en cualquier sitio que estemos y podemos comunicarnos con cualquier tipo de persona que quiera escuchar el mensaje que queremos transmitir, de esta manera, tendremos una buena relación con las personas que reciben nuestro mensaje y se encontraran seguras y satisfechas del mensaje que han recibido, por ser claros a la hora de transmitirlo.

6 Bibliografía

1. La comunicación entre pacientes y sanitarios. Mc Grill. ed. 2016
2. La empatía como herramienta de trabajo.com
3. Tipos de comunicación. Evangelina Perez Ed.2017